Gemeinsamer Bundesausschuss

Zusammenfassende Dokumentation

über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

(KJ-KSVPsych-RL)

Vom 21. März 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0
Internet: www.g-ba.de

Inhalt

A Beschluss und Tragende Gründe ... 6

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V ... 6

A-2 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung ... 6

B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens ... 7

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen und Organisationen ... 7

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens ... 7

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer ... 7

B-4 Übersicht über stellungnehmende Institutionen und Organisationen ... 7

B-4.1 Institutionen und Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde ... 7

B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisation ... 11

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens ... 11

B-6 Schriftliche Stellungnahmen ... 11

B-7 Mündliche Stellungnahmen ... 12

B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten ... 12

B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren ... 14

B-8 Würdigung der Stellungnahmen (bezogen auf die Gliederung des Richtlinientextes, Kapitel A - C) ... 15

A. Allgemeines ... 44

§ 1 Zweck und Versorgungsziele ... 44

§ 2 Definition der Patientengruppe ... 123

§ 3 Transition ... 182

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 215

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 324

§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 393

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie] ... 422

B. Patientenversorgung ... 455

§ 8 Zugang ... 455

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung ... 481

§ 10 Gesamtbehandlungsplan ... 509

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination] ... 527
§ 12 Telemedizin ... 544
§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 550
§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 571

C. Evaluation ... 582

§ 15 Evaluation ... 582

C Anlagen ... 587

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KJ-KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA PPV	Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Beschluss und Tragende Gründe

Der Beschluss über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf sowie die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel C-8 und C-9 abgebildet.

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel C-10 abgebildet.

A-2 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung

Die Beschlussunterlagen mit den dissent ins Plenum zur Beschlussfassung gegebenen Positionierungen sind in Kapitel C-7 abgebildet.

B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen und Organisationen

Für die Erstfassung der Richtlinien über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL und KJ-KSVPsych-RL) wurde eine Bekanntmachung zur „Ermittlung weiterer Stellungnahmeberechtigter für Entscheidungen des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V“ im Bundesanzeiger veröffentlicht (siehe Kapitel C-2). Allen Institutionen und Organisationen, die sich aufgrund der Bekanntmachung gemeldet haben, wurde gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerfO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme eingeräumt. Diese sind in Kapitel B-4.1 aufgeführt.

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA PPV beschloss in seiner Sitzung am 29. August 2023 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zur KJ-KSVPsych-RL (siehe Kapitel C-3). Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 5. September 2023 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von sechs Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

B-4 Übersicht über stellungnehmende Institutionen und Organisationen

B-4.1 Institutionen und Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen und Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet. Sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	**Eingang der Stellungnahme**
Gesetzlich vorgegebene Stellungnehmer gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V	
Bundesärztekammer (BÄK)	17.10.2023

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	17.10.2023
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	17.10.2023
Gewillkürte Stellungnehmer gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO G-BA	
ADHS Deutschland e.V.	Keine Stellungnahme abgegeben.
Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	
Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V. (AG ADHS)	
Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)	
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen - Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (bkj)	16.10.2023
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.	17.10.2023
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN); Bundesverband der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	18.09.2023
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)	18.09.2023
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	16.10.2023
Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BKJPP)	16.10.2023
Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG KJPP)	16.10.2023
Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser e.V. (BAG Psychiatrie)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. (BAG GPV)	
Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.	
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)	
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)	
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)	17.10.2023
Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP)	16.10.2023
Deutsche AG der Tageskliniken in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DATPPP) e.V.	Keine Stellungnahme abgegeben.
Deutscher Caritasverband e.V.	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.)	
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT)	14.10.2023
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP)	17.10.2023
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	Keine SN abgegeben; Verweis auf die SN der DGPPS
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)	17.10.2023
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.	
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	17.10.2023
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.	Keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)	18.10.2023
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V.	17.10.2023
Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)	16.10.2023
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	17.10.2023
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	17.10.2023
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV)	17.10.2023
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.	Keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V., Fachgruppe „Seelische Gesundheit“	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	
Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	
Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen	17.10.2023
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKind)	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP)	
Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg - PIBB GmbH i.V.m. der gemeinnützigen Basisorganisation des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit – VPsG e.V.	16.10.2023
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.	Keine Stellungnahme abgegeben.
Systemische Gesellschaft (SG) e.V.	18.10.2023
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen	17.10.2023
Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)	17.10.2023
Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland e.V. (VAKJP)	07.11.2023
Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)	18.10.2023
Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)	
Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.	
Spitzenverband ZNS (SpiZ)	16.10.2023
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAlzG)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)	
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)	17.10.2023
Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V. (BPM)	
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (dgsps)	
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e. V.	
Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.	
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)	
DVT-Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V.	
Organisationen der Leistungserbringer gemäß §§ 92 Abs. 6 Satz 2, Abs. 7 Satz 2 und Abs. 7c SGB V, die nicht bereits oben aufgelistet sind	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	17.10.2023 (gemeinsam mit SHV)
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V.	Keine Stellungnahme abgegeben.
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	17.10.2023
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e. V.	17.10.2023
Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Bundesgeschäftsstelle	Keine Stellungnahme abgegeben.
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)	
Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)	
Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.), Bundesgeschäftsstelle	17.10.2023
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)	Keine Stellungnahme abgegeben.
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)	
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)	16.10.2023
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)	Keine Stellungnahme abgegeben.

B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisation

Organisation	Eingang der Positionierung
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	17.10.2023

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) hat eine eigene Stellungnahme verfasst, die weitgehend identisch ist mit der Stellungnahme der stellungnahmeberechtigten DGPPS und wird daher zusammen mit allen anderen Stellungnahmen abgebildet.

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel C-4 abgebildet.

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-5 abgebildet.

B-7 Mündliche Stellungnahmen

B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 28. November 2023 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerfO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerfO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 28. November 2023 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	**Anrede/Titel/Name**	**Frage**					
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
BPtK	Frau Cornelia Metge	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Timo Harfst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
BKJPP	Drau Dr. med. Annegret Brauer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
PIBB	Frau Alicia Navarro Urena	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Dr. Michael Krebs	ja	nein	nein	nein	ja	ja
BAG-KJPP	Frau Dr.Marianne Klein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
DGPPS	Herr Dieter Kunert	ja	nein	nein	nein	nein	nein
BDP	Frau Prof. Dr. Ann-Christin Posten	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Ralph Schliewenz	nein	nein	nein	nein	nein	nein
SpiZ	Dr. Klaus Gehring	nein	ja	ja	nein	nein	nein
DVGP	Herr Nils Greve	ja	nein	nein	ja	nein	nein
BKJ	Frau Dr. Ines Brock-Harder	nein	nein	nein	nein	nein	nein
DPtV	Herr. Heiko Borchers	nein	nein	nein	nein	nein	nein
DGPM	Herr Dr. med. Norbert Hartkamp, M. Sc	nein	ja	nein	nein	ja	nein
	Herr Dr. med. Björn Nolting	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
VPKD	Frau Dr. Nina Sauer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Ludwig Klitzsch	ja	nein	nein	nein	nein	ja
DVSG	Frau Elke Cosanne	nein	nein	nein	nein	nein	nein
BVVP	Frau Dipl.-Soz. Arb. / -päd Ariadne Sartorius	nein	nein	nein	nein	nein	nein
VKD	Herr Stefan Günther	ja	ja	ja	nein	nein	nein
DGKJP	Herr Prof. Dr. med. Marcel Romanos	ja	ja	nein	nein	nein	nein
	Herr Prof. Dr. Michael Kölch	nein	ja	nein	nein	nein	nein
SHV	Herr Martin Schotte	ja	nein	nein	nein	nein	ja
Caritas Behindertenhilfe u. Psychiatrie e.V.	Frau Dr. Maria del Pilar Andrino	ja	nein	nein	nein	nein	nein
DGAP	Herr Dr. Dipl.-Psych. Ralf-Raffael Brantano	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Anette Müller	nein	nein	nein	nein	nein	nein
DGVT-BV	Frau Dipl.-JuristinKerstin Burgdorf	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Dr.Norbert Beck	nein	nein	nein	nein	nein	nein
DGSPJ	Herr Prof. Dr. med. Volker Mall	nein	nein	ja	nein	nein	nein
BED	Frau Sabrina Heizmann	ja	nein	nein	nein	nein	nein
DGSF	Frau Carla Ortmann	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Sebastian Baumann	nein	ja	ja	nein	nein	nein
VAKJP	Frau Bettina Meisel	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung am 28. November 2023 ist in Kapitel C-6 abgebildet.

B-8 Würdigung der Stellungnahmen (bezogen auf die Gliederung des Richtlinientextes, Kapitel A - C)

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen. In den Tabellen sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

Die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen wurden entsprechend den bei Einleitung des Stellungnahmeverfahrens dissenten Beschlussunterlagen positionsspezifisch ausgewertet (siehe Kapitel C-4) und gewürdigt sowie - soweit danach erforderlich - die jeweiligen Beschlussunterlagen angepasst (siehe Kapitel C-7).

Der gegenständliche Beschluss vom 21. März 2024 hat diese aus der Berücksichtigung der Stellungnahmen entstandenen Beschlussvorschläge zur Grundlage sowie konkrete Änderungsvorschläge der Stellungnahmeberechtigten aufgegriffen. Auch soweit sein Wortlaut in den folgenden Punkten von dem der in Kapitel C-8 und C-9 abgebildeten (zuvor dissenten) Beschlussentwürfe abweicht, wurde die Berücksichtigung der Stellungnahmen sichergestellt:

§	**Absatz / Nummer**	**Inhalt**
§ 1*	**Absatz 2**	Dem Hinweis, keine Fokussierung auf schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche allein vorzunehmen (vgl. BDP zu § 1 Absatz 2 Nummer 5) wurde gefolgt mit der Umformulierung in „insbesondere schwer psychisch erkrankte“.
§ 2	**Absatz 1**	Die Altersgruppe wurde „von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr“ festgelegt; es gibt keine Einschränkungen mehr in Bezug auf Kinder von 0 – 3 Jahren.
§ 2	**Absatz 2 Nummer 1**	Der Indikationsbereich umfasst nun auch Intelligenzstörungen, soweit sie mit einer deutlichen Verhaltensstörung einhergehen, die Beobachtung oder Behandlung erfordert (F7X.1)
§ 3	**Absatz 3**	Dem Vorschlag, in der Beispielaufzählung einen Hinweis auf das Soziale Entschädigungsrecht (SGB XIV) aufzunehmen, wurde gefolgt.
§ 4	**Absatz 1 Nummer 3**	Die Vorgabe einer „*mindestens zweijährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*“ wurde für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ersetzt durch die Vorgabe einer „*mindestens zweijährigen Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie)*“
§ 4	**Absatz 3**	Das Votum für ein patientenindividuelles Team und gegen komplexe Netzverbundstrukturen wurde durch die Regelung eines patientenindividuellen, „Zentralen Teams“ umgesetzt.
§ 4	**Absatz 3 Satz 3**	Der Vorschlag, anstelle der Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages (vgl. § 5 Absatz 1) eine

§	Absatz / Nummer	Inhalt
		Mindesterreichbarkeit zu definieren, wurde umgesetzt, indem eine telefonische Erreichbarkeit des Zentralen Teams an „mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten“ vorgegeben wurde.
§ 4	**Absatz 5 Nummer 1**	Das Votum für eine Einbindung von PIAs in die KJ-KSVPsych-Versorgung wurde umgesetzt.
§ 4	**Absatz 5 Nummer 4**	Das Votum für die Einbindung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin in die KJ-KSVPsych-Versorgung wurde umgesetzt.
§ 4	**Absatz 6 Nummer 8**	Das Votum für eine Ergänzung von § 4 Absatz 6 um „*schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen*“ wurde umgesetzt.
§ 4	**Absatz 7**	Dem Hinweis, die Formulierung in § 4 Absatz 7 um „*Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeute*n“ zu ergänzen, wurde gefolgt.
§ 5	**Absatz 1**	Der Formulierungsvorschlag der BPtK zu § 5 Absatz 1 wurde übernommen.
§ 5	**Absatz 1**	Das Votum, dass auf die Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrages verzichtet werden sollte, wurde umgesetzt.
§ 5	**Absatz 1**	Dem Votum gegen die Vorgabe, dass nur ein Arzt Bezugsarzt werden kann, wenn eine behandlungsleitende somatische Hauptdiagnose vorliegt, somatische Komorbiditäten vorliegen, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, oder die psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegt, wurde gefolgt.
§ 5	**Absatz 3**	Dem Votum, den Begriff „Rolle“ zu ersetzen, wurde gefolgt; stattdessen wurde die Formulierung „die Funktion“ (des Bezugsarztes / Psychotherapeuten) gewählt.
§ 5	**Absatz 3**	Dem Hinweis, dass bei der Wahl des Bezugsarztes / -Psychotherapeuten nicht auf die Wünsche, sondern den Willen des Kindes oder Jugendlichen abgestellt werden sollte, wurde mit der Formulierung „*Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen.*“ Rechnung getragen.
§ 6	**Absatz 1**	Das Votum gegen die Vorgabe einer ausschließlichen Koordination der Versorgung durch nichtärztliche Leistungserbringer wurde umgesetzt. Gemäß § 6 Absatz 1 werden „*die Koordinationsaufgaben … entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben und dem patientenindividuellen Bedarf durch die Bezugsärztin 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

§	Absatz / Nummer	Inhalt
		übertragenen Aufgaben (bzw. deren Übernahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt, die Bezugspsychotherapeutin oder den -psychotherapeuten im Rahmen der berufsrechtlichen Vorgaben) bestimmt sich patientenindividuell (vgl. Tragende Gründe S. 33).
§ 7	**Absatz 3**	Dem Vorschlag, ein sexuelles Schutzkonzept mit in den Blick zu nehmen, wurde gefolgt, indem in § 7 Absatz 3 vorgegeben wird, „*konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten*“.
§ 7	**Absatz 4**	Das Votum, dass die vom GKV-SV favorisierte Regelung zu Kommunikationsmedien und digitalen Medien (vormals § 12 Beschlussentwurf) ausreichend sei, wurde berücksichtigt. Die Formulierung entspricht weitgehend derjenigen in der KSVPsych-RL für Erwachsene. Die näheren Ausführungen im Entwurf von KBV/DKG und PatV wurden in die Tragenden Gründe eingefügt.
§ 8	**Absatz 1**	Dem Votum, beim Zugang zur KJ-KSVPsych-Versorgung auf einen Überweisungsvorbehalt zu verzichten, wurde gefolgt.
§ 8	**Absatz 3**	Dem Hinweis, dass eine Frist von 7 Werktagen für das Angebot eines Termins nach Überweisung oder Empfehlung zu kurz sei, wurde gefolgt: Es ist nun eine Frist von 10 Werktagen nach Empfehlung vorgesehen.
§ 8	**Absatz 4**	Dem Votum, sich bei den Regelungen zur Aufklärung und Erteilung der Einwilligung auf eine kurze Formulierung zu beschränken, wurde gefolgt. Die ausführlicheren Formulierungen wurden zur Erläuterung des Richtlinientextes in die Tragenden Gründe aufgenommen.
§ 11	**Absatz 3**	Dem Hinweis, dass eine Frist von 7 Werktagen für das Angebot eines Termins nach Überweisung oder Empfehlung zu kurz sei, wurde gefolgt: Es ist nun eine Frist von 10 Werktagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung vorgesehen.
§ 12	**Absatz 4**	Der Hinweis, die Formulierung „*mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten*“ um die Sorgeberechtigten zu ergänzen, wurde umgesetzt.

***** Hinweis: die Nummerierung der Paragraphen und Absätze bezieht sich auf den Beschluss vom 21. März 2024

Übersicht Stellungnehmer

Lfd. Nr.	Organisation	Abkürzung
01	Bundesärztekammer	BÄK
02	Bundespsychotherapeutenkammer	BPtK
03	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	BfDI
04	Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.	BVDP
05	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	BVDN
06	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie e.V.	DFT
07	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	BKJPP
08	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg	PIBB
09	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e.V.	BAG-KJPP
10	Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V.	DGPPS
11	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.	BDP
12	Spitzenverband ZNS	SpiZ
13	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.	VDAB
14	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	DVGP
15	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V	bkj
16	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	DHS
17	Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung e.V.	DPtV
18	Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	DGPM
19	Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V.	VPKD

20	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	DVSG
21	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	bvvp
22	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.	VKD
23	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	DGKJP
24	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.	SHV
25	Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.	CBP
26	Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V.	DGAP
27	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe e.V.	DGVT-BV
28	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	BApK
29	Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V.	bad
30	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	DGSPJ
31	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V.	DMtG
32	Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V.	BED
33	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. und Systemische Gesellschaft e.V.	DGSF + SG
34	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	UBSKM
35	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	DVE
36	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie in Deutschland e.V.	VAKJP

Grau hinterlegt: Gesetzlich vorgegebene Stellungnehmer

Gemeinsam abgegebene Stellungnahmen sind zusammen aufgeführt.

Zitate aus den RL-Entwürfen sind *kursiv* gestellt, Änderungs- und Ergänzungsvorschläge *kursiv und fett* gedruckt

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	… Am 2. September 2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Erstfassung der Richt-linie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Erwachsene mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen. Die bisherigen Erfahrungen mit der KSVPsych-Richtlinie für Erwachsene zeigen, dass sich dieses Versorgungsangebot aufgrund verschiedener, in der Richtlinie normierter Hürden und Einschränkungen bislang kaum entwickeln konnte. Mit Ausnahme von bereits existierenden Praxisnetzen und bestehenden Kooperationen aufgrund von Modellprojekten haben sich zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie fast keine neuen Netzverbünde gegründet, die die Versorgung nach dieser Richtlinie organisieren sollten. Der aktuell vorliegende Beschlussentwurf des G-BA für eine KSVPsych-Richtlinie für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche hat die Chance, einige dieser zentralen Hürden und Einschränkungen zu vermeiden, die die Entwicklung des Versorgungsange-bots der ambulanten Komplexbehandlung bislang gehemmt haben. Die Bildung von patientenindividuellen Teams, an denen jeweils Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeut*innen beteiligt sind und die die Versorgung anstelle der Netzverbünde organisieren, ist ein wesentlicher Schritt nach vorne. Auch die umfassende Berücksichtigung von Leistungserbringer*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag ist unverzichtbar, um eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Weitere positive Elemente sind die systematische Berücksichtigung der Schnittstellen zu Leistungserbringer*innen und Einrichtungen anderer Sozialgesetzbücher und die Schaffung von Rahmen-bedingungen, in denen eine kontinuierliche Abstimmung möglich ist. Schließlich kommt es aber auch darauf an, dass den schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in der Versorgung nach dieser	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV:** Der BPtK ist offenbar entgangen, dass auch der GKV-SV und die Patientenvertretung ein Konzept für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher vorgelegt hat. Beide Konzepte sehen die Einbindung der in psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor. Bedauerlicherweise wurde seitens der BPtK kein Vorschlag unterbreitet, wie die Erreichbarkeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit einem reduzierten Versorgungsauftrag sichergestellt werden kann; in der Vergangenheit wurden im Punkt Erreichbarkeit immer wieder Defizite berichtet. Dies ist insofern problematisch, da für schwer psychisch Erkrankte die Behandlungskontinuität und eine gute Erreichbarkeit auch in Krisensituationen gewährleistet werden muss.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Richtlinie tatsächlich alle notwendigen Behandlungsleistungen nach SGB V in der erforderlichen Intensität angeboten werden können und ergänzende Leistungen etabliert werden, die eine aufsuchende Behandlung einschließlich der Versorgung in Krisen ermöglichen. Gerade in ländlichen und struktur-schwachen Regionen wird es ohne die Einbindung der in den Ambulanzen der Kranken-häuser, Hochschulen und Weiterbildungsstätten tätigen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nicht gelingen, eine ausreichende ambulante Komplexversorgung sicherzustellen.	
03	BfDI	Der Richtlinienentwurf soll die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppen-übergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf regeln. Gerne greife ich Ihre Hinweise im An-schreiben zu Regelungen des Beschlussentwurfs auf, die nach Einschätzung des UA PPV datenschutzrechtliche Aspekte beinhalten könnten. Durch das Ziel der koordinierten und berufsübergreifenden Versorgung werden die betroffenen Versicherten in größerem Maß von Datenverarbeitungen betroffen. Auch diese Verarbeitungen von Gesundheitsdaten sind regelmäßig vollumfänglich durch ausdrückliche, freiwillige und informierte Einwilligungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO zu rechtfertigen. Zahlreiche Regelungen führen subjektive Einverständnis- bzw. Einwilligungserfordernisse in Behandlungsformen explizit an. Ich rege an, zu prüfen inwieweit ein Erfordernis besteht, den Adressatenkreis der Richtlinie auf die entsprechenden Vorgaben der DSGVO ebenfalls ausdrücklich hinzuweisen. Besonders da der Betroffenenkreis von Kindern und Jugendlichen besonders durch die DSGVO geschützt wird (vgl. EW 38 DSGVO), was von Verantwortlichen sowohl bei den Datenverarbeitungen als auch beim Vorsehen von Einwilligungserteilungen zu beachten ist.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Dem Hinweis zu prüfen, ob ein Erfordernis besteht, den Adressatenkreis der Richtlinie auf die entsprechenden Vorgaben der DSGVO hinzuweisen, wird gefolgt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Ich begrüße, dass der Richtlinienentwurf in § 13 mit dem Vorsehen von Einwilligungen zu einzelnen Datenverarbeitungen und durch die Bezugnahme in § 12 auf den BMV-Ä im Kontext der Telemedizin datenschutzrechtliche Spezifika explizit aufgreift.	
07	BKJPP	Insgesamt erscheinen die Vorschläge der verschiedenen Bänke inhaltlich nah beieinander. Wesentliche Unterschiede bestehen in Bezug auf die Anlage des Netzkonzepts, innerhalb dessen die berufsgruppen-übergreifende, koordinierte Versorgung erfolgen soll. Die Versorgungsangebote sind im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weniger dicht vorhanden als in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie. Die Versorgungsregionen der beteiligten Kliniken sind wesentlich größer als in der Erwachsenenpsychiatrie. Dies erfordert andere Formen der Netzverbünde. Das Konzept von KBV/DKG trägt diesem Umstand wesentlich besser Rechnung als die anderen beiden Konzepte. Es muss ohne großen Aufwand möglich sein, auch in dünn besiedelten und schlechter versorgten Regionen Behandlungsnetzwerke zu gründen und damit den Auftrag des Gesetzgebers möglichst flächendeckend umzusetzen. Die Netzwerke sollten auf den bestehenden Versorgungsangeboten aufbauen. Es müssen v.a. bestehende Strukturen anders, nämlich kooperativ genutzt werden, nicht mühsam neue geschaffen, die dann wieder zusätzliche Schnittstellenschwierigkeiten generieren werden. Die Aufmerksamkeit muss zentral auf die Kooperation am konkreten Patienten fokussiert werden und damit weitestgehend der Behandlung des Patienten zukommen. Das Konzept von KBV/DKG sorgt für schlanke Organisationsstrukturen, bietet dabei auch eine Gewähr für eine stark patientenzentrierte, berufsgruppen-übergreifende, koordinierte Zusammenarbeit. Der Patient steht im Mittelpunkt der Kooperation, nicht das kooperierende System.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV/PatV:** Eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher setzt das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligter Gesundheitsfachberufe voraus. Der Gesetzgeber geht in der Begründung zum Reglungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V über die psychotherapeutische bzw. psychiatrische Versorgung hinaus, in dem auch gegebenenfalls erforderliche weitere Versorgungsbereiche sowie psychiatrische Institutsambulanzen in die angestrebte Versorgung einzubeziehen sind. Die vorgelegte Richtlinie der GKV greift diese vom Gesetzgeber formulierte Zielsetzung auf. Um der im Vergleich zur Versorgung erwachsener psychisch erkrankter Menschen geringeren Anzahl an geeigneten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern Rechnung zu tragen, wird auf eine formelle Schaffung eines Netzverbundes

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Die aktuell bestehende Versorgungsstruktur macht es unabdingbar, dass die Beteiligten unabhängig von dem Umfang ihres Versorgungsauftrags zu dieser Versorgung zugelassen werden. Eine Beschränkung auf volle Versorgungsaufträge wird der Realität in keiner Weise gerecht. Dem Bedarf an Krisen- und Notfallversorgung kann sehr gut innerhalb der Verbünde Rechnung getragen werden. Diese gemeinsame Verantwortung für die Versorgung im konkreten Einzelfall auch in der Krisensituation unterstützt die berufsgruppenübergreifende Kooperation sehr gut, weil es auch die ohnehin vorhandenen dringenden Kooperationswünsche der beteiligten Institutionen gerade in schwierigen Situationen fördert. Das Konzept von KBV/DKG liefert dafür alle erforderlichen Voraussetzungen. Dementsprechend wird diese Netzwerkkonzeption vom BKJPP sehr unterstützt, die dazu konträre des GKV-SV wird abgelehnt. Wir sehen darin keinen Zusatznutzen für die Versorgung der in Frage kommenden Patientengruppe, sehr wohl aber zusätzliche Schnittstellen mit dann neuen Koordinationsherausforderungen und inhaltlichen Schwachpunkten an diesen neuen Schnittstellen.	verzichtet; die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer wird stattdessen durch Leistungspakete definiert.
09	BAG-KJPP	Schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischem / psychotherapeutischem Bedarf fallen in der ambulanten Versorgung und an den Übergängen zwischen den Behandlungssektoren bisher zu sehr zwischen die Stühle. Die KSV-RL kann helfen, diese Lücken zu schließen, wenn sie den bereits vorhandenen Leistungserbringern sektorübergreifend zu einem kooperativ abgestimmten berufsgruppenübergreifenden und damit synergetischen Einbringen ihrer jeweiligen Expertise rund um den betroffenen jungen Menschen ermöglichen. Die Positionen der KBV/DKG decken sich am besten mit dem zu regelnden Bedarf für eine patientengerechte Versorgung von chronisch psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Um die Regelungen nicht zu starr und kompliziert zu machen und damit die Gefahr der „Nicht-Anwendung“ zu schaffen zuungunsten der Patientinnen	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV:** Eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher setzt das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligter Gesundheitsfachberufe voraus. Der Gesetzgeber geht in der Begründung zum Reglungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V über die psychotherapeutische bzw. psychiatrische Versorgung hinaus, in dem auch gegebenenfalls erforderliche weitere

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		und Patienten, ist es wichtig, dass keine der ohnehin z.T. raren Leistungserbringer ausgeschlossen werden durch Festschreibung von voller Zulassung oder durch Ausschluss der PIA und SPZ als primäre Leistungserbringer. Es gibt einige Regionen / Landkreise, in denen es nicht einmal einen niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt, so dass die PIA KJPP und einige wenige niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen die gesamte Versorgungslandschaft dort darstellen. Auch solche Konstellationen sollten berücksichtigt werden, um Betrroffenen in strukturschwachen Regionen eine Versorgung nach der Richtlinie zu ermöglichen. Ärztliche bzw. psychotherapeutische Bezugstherapeuten einer PIA können sich als Angestellte eines psychiatrischen Krankenhauses nicht ohne Genehmigung ihres Arbeitgebers als Leistungserbringer nach der RL einschreiben und werden auch nicht frei in der Entscheidung sein, ob ein Kind / Jugendlicher nach der PIA-Leistung oder nach der RL-Leistung behandelt wird. Es wird sich daher das psychiatrische Krankenhaus als Leistungserbringer in das Verbundnetz einschreiben müssen, damit der Bezugstherapeut in seiner Entscheidung über Behandlung nach der Richtlinie durch seinen Arbeitgeber gedeckt ist. Es entsteht ein struktureller Webfehler in der RL, wenn Institutsambulanzen/psychiatrische Krankenhäuser nicht als Leistungserbringer in der RL aufgenommen werden. Es entsteht dadurch das Risiko, dass ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen mit komplexen psychischen Problemlagen, nämlich diejenigen, die bereits jetzt in den PIA behandelt werden, nicht von den Vorteilen der Richtlinie profitieren werden. Die Koordination in der Behandlung schwer psychisch kranker Kinder / Jugendlicher ist immer komplex und benötigt für ein Gelingen psychiatrisch-psychotherapeutisches Fall- und Fachwissen und ein Ausloten sowie beständiges Nachsteuern der Behandlungsbausteine und der zusätzlichen Hilfen im Diskurs mit dem Kind und den Sorgeberechtigten. Die Koordination liegt alleine schon durch diese intensive Fallführung naturgemäß in der Hand	Versorgungsbereiche sowie psychiatrische Institutsambulanzen in die angestrebte Versorgung einzubeziehen sind. Die vorgelegte Richtlinie der GKV greift diese vom Gesetzgeber formulierte Zielsetzung auf und sieht auch die Einbindung der in psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut soll der Patientin oder dem Patienten als feste Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung stehen und ist für die Abstimmung und das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote entsprechend des Gesamtbehandlungsplans verantwortlich. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt eine nichtärztliche koordinierende Person die Versorgung nach dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen. **Anmerkung KBV/DKG:** Die Einbindung zugelassener Krankenhäuser mit einer PIA ist in § 4 Abs. 4 beschrieben.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		des Bezugsarztes / Bezugspsychotherapeuten. Eine andere Person als primären Koordinator zu definieren, schafft Schnittstellen, die mehr Aufwand bedeuten und die Gefahr der Qualitätseinbuße im Koordinationsergebnis birgt. Davon ist aus unserer Sicht dringend abzuraten.	
10	DGPPS	Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit psychosozialem Dienst und/oder psychosomatischen Abteilungen und Kinderärzte (ohne 2 Jahre Psychiatrie) werden nicht berücksichtigt. Kinderärzt*innen sind in der Regel die erste Anlaufstelle für kranke Kinder und in der Regel auch die Case-Manager. Kinderärzt*innen mit Erfahrungen in der Diagnostik und der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen müssen mit einbezogen werden, nicht nur solche mit zweijähriger psychiatrischer Weiterbildung. Sonst geht der Richtlinien-Entwurf an der Versorgungsrealität vorbei und würde die Versorgung die Versorgung dieser Patientengruppe schlagartig verschlechtern.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV/PatV:** Der Fokus der Versorgung nach dieser Richtlinie liegt auf insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen; die Einbindung der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ist daher nur mit einer mindestens zweijährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen. **Anmerkung KBV/DKG:** Die genannten Ärzte und Ärztinnen können im Rahmen des vorliegenden Konzepts gemäß § 4 Abs. 8 Teil des patientenindiviudellen Teams werden.
11	BDP	Der BDP begrüßt das Vorlegen einer Richtlinie, die der Komplexität von Behandlungssettings einen Rahmen verleiht. Er gibt zu bedenken, dass deren Natur in der Verantwortung für Minderjährige immer komplex ist.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
12	SpiZ	Der Spitzenverband ZNS begrüßt sehr, dass nach der Erstellung der KSV-PsychRL für Erwachsene jetzt im zweiten Schritt die KJ-KSV-PsychRL für Kinder und Jugendliche erarbeitet wurde und verabschiedet werden soll. Wir unterstützen dabei ausdrücklich auch das gewählte Vorgehen, eine gesonderte Richtlinie für diese Altersgruppe zu erarbeiten. Wir wissen aus	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV:** Eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		dem Versorgungsalltag allzu gut, dass Kinder und Jugendliche keine kleinen Erwachsenen sind und deshalb Regelungen nicht sinnvoll gleichermaßen für die gesamte Lebensspanne sinnvoll sein können. Dies gilt sicher auch innerhalb des Erwachsenenbereichs, vielmehr noch für Kindheit und Jugendzeit. Nicht ohne Grund sehen auch die Musterweiterbildungsordnungen sowohl im ärztlichen wie auch im psychotherapeutischen Bereich unterschiedliche Fachärzt:innen- bzw. Fachpsychotherapeut:innenqualifikationen vor. Auch sind die komplementären Hilfe-, Bildungs- und Sozialsysteme in einem Maße unterschiedlich, das eine einfache Übertragung der KSV-PsychRL auf Kinder und Jugendliche nicht einfach möglich ist. Dem wurde mit der Erstellung einer gesonderten Richtlinie für 0 bis 18-Jährige, der KJ-KSV-PsychRL Rechnung getragen. Wir sehen die Richtlinie als Chance zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen. Von Seiten unserer Mitgliedsverbände, namentlich dem Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) unterstützt durch den Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) werden zwei eigene Stellungnahmen abgegeben. Sie haben sich darin dezidiert zu den einzelnen Punkten geäußert. Wir unterstützen diese Stellungnahmen unserer Mitgliedsverbände ausdrücklich und schließen uns diesen Positionen als Spitzenverband ZNS an. Herausgreifen möchten wir dennoch einzelne Punkte, die uns für die Versorgung besonders bedeutsam erscheinen: 1. Auch wenn die Bearbeitung des Richtlinientextes für eine Stellungnahme durch die sehr differenzierte Darstellung der zwischen den Beteiligten im GBA noch nicht konsentierten Positionen herausfordernd war, so scheint es dem Unterausschuss PPV des G-BA doch recht gut gelungen, eine konkrete	strukturierte Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher setzt das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligter Gesundheitsfachberufe voraus. Der Gesetzgeber geht in der Begründung zum Reglungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V über die psychotherapeutische bzw. psychiatrische Versorgung hinaus, in dem auch gegebenenfalls erforderliche weitere Versorgungsbereiche sowie psychiatrische Institutsambulanzen in die angestrebte Versorgung einzubeziehen sind. Die vorgelegte Richtlinie der GKV greift diese vom Gesetzgeber formulierte Zielsetzung auf und sieht auch die Einbindung der in psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut soll der Patientin oder dem Patienten als feste Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung stehen und ist für die Abstimmung und das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote entsprechend des Gesamtbehandlungsplans verantwortlich. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt jedoch eine nichtärztliche koordinierende Person die Versorgung nach

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		gemeinsame Idee zur Ausgestaltung dieser neuen Versorgungsform zu konsentieren. Insbesondere die Darstellung der einzelnen Richtlinienvorschläge der Bänke erleichterte es, sich einen guten Gesamteindruck der unterschiedlichen Konzeptionen zu verschaffen. 2. Wir unterstützen sehr die Netzwerkkonzeption wie sie im Vorschlag von KBV/DKG entwickelt wurde. Die Netzwerkstruktur wird sehr schlank konzipiert und fokussiert dennoch sehr gut auf die im Gesetz benannte Patientengruppe der schwer psychisch kranken Kinder und Jugendlichen. Ausgehend von einem Tandem, bestehend aus Kinder- und Jugendpsychiater:in und -psychotherapeut:in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in kann sich ein Netzwerk konstellieren, wenn zusätzlicher psychosozialer Interventionsbedarf besteht. Damit wird zum einen automatisch auf die Gruppe schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher fokussiert, denn gerade diese Patientengruppe benötigt oftmals sowohl intensive psychotherapeutische als auch ärztliche und sozialpädagogische Unterstützungsmaßnahmen, zum andern können durch die Netzkonzeption bürokratische Hürden geringgehalten werden. Es wird unmittelbar auf die Kooperation am einzelnen Patienten fokussiert, anstatt zunächst aufwändige neue Netzwerkkonstruktionen etablieren zu müssen, bevor man im Sinne des Patienten behandlungsbezogen kooperieren kann. Und dennoch bieten sich durch die Konzeption Möglichkeiten, diese Kooperation finanziell mit kalkulierbaren Honoraren zu hinterlegen und sie damit sehr bürokratiearm und kosteneffizient umzusetzen. 3. Wir sehen als Spitzenverband ZNS die Koordinations- und Kooperationsleistung als zentrale Aufgabenstellung und Herausforderung in der Behandlung dieser Patient:innengruppe und unterstützen ausdrücklich den Ansatz von KBV/DKG diese Leistung an die approbierten Therapeut:innen und Ärzt:innen zu binden und eben nicht eine zusätzliche Schnittstelle durch eine nichtärztliche koordinierende Person zu schaffen. Wir sehen es tagtäglich in unserer Arbeit, dass es keineswegs ausreicht,	dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen. Das Konzept der GKV sieht die Einbindung der in § 4 Absatz 1 festgelegten Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrages vor; die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten lässt sich jedoch nur übernehmen, wenn die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt. Leistungserbringende mit einem reduzierten Versorgungsauftrag können die erforderliche Flexibilität zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe sowie eine gute Erreichbarkeit nicht gewährleisten; in der Vergangenheit wurden oftmals Probleme bei der Erreichbarkeit insbesondere der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichtet.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen		Würdigung der Stellungnahme
		einfach nur Informationen zu vermitteln, sondern der direkte Dialog zwischen den beteiligten Therapeut:innen erforderlich ist. Nicht ohne Grund sind psychiatrische Arztbriefe in der Regel wesentlich länger als die Befundberichte der somatischen Medizin (und sie sind dennoch meist inhaltlich nicht ausreichend bei schwer erkrankten Menschen.) 4. Das Netzkonzept von KBV/DKG bindet die Teilnahme an der Versorgung nicht an einen bestimmten Umfang des Versorgungsauftrags. Dies ist aus Gründen der realen Versorgungssituation sehr sachgerecht. Darüber hinaus ist es wichtig, zu betonen, dass diese Richtlinie ja nicht neue Patientengruppen erschließen soll. Sie soll dazu beitragen, dass bereits erkrankte Menschen, die auch bislang schon im Gesundheitssystem behandelt werden, besser behandelt werden, weil es besser koordiniert erfolgt. Es ist Aufgabe der kooperierenden Therapeut:innen, Ansprechbarkeit in Notfallsituationen transparent und verbindlich zu organisieren. Dies wird viel besser gelingen, wenn eine gute therapeutische Bindung besteht, als nur über die Anzahl der Erreichbarkeitsstunden pro Woche. In jedem Krankenhaus kann und muss es so organisiert werden, dass die „Institution Klinik“ für die Patienten zur Verfügung steht und nicht immer ein konkreter dem Patienten bekannter Arzt oder Psychotherapeut, wenn es zu einer Krisensituation kommt. In der Konzeption der KBV/DKG lässt sich das sehr gut gemeinsam regeln, gerade weil es eng an die persönliche Therapeut:innen Patient:innen Beziehung gekoppelt ist, die ja unabhängig vom Umfang des Versorgungsauftrags des einzelnen Therapeuten besteht. Wir danken an dieser Stelle dem Unterausschuss PPV des GBA sowie allen Beteiligten für diese umfangreiche und aus unserer Sicht potenziell sehr richtungsweisende Arbeit.		
14	DVGP	*PatV*	Die von der PatV vorgeschlagene Bildung eines fallspezifischen „adhoc-Teams“ sowie die stärkere	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen		Würdigung der Stellungnahme
			Einbeziehung von Leistungserbringern außerhalb des SGB V erscheinen aus unserer Sicht der Versorgungsrealität angemessen und von zentraler Bedeutung für den Erfolg der Richtlinie. Die vorgesehene, für die Leistungserbringer dieser Richtlinie verbindliche Einbeziehung solcher Leistungserbringer könnte ein weiterer Schritt zur Überwindung der „getrennten Welten“ von SGB V einerseits und den übrigen SGB-Bänden andererseits in Richtung auf eine leitliniengerechte Gesamtversorgung sein. Wir verweisen auf die „Systemempfehlungen“ der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN.	
		GKV	Die Vorschläge der GKV bedeuten aus unserer Sicht eine zu starke Fokussierung auf die Bezugspersonen gemäß § 6, an der Gesamtverantwortung der Bezugsärzt:innen bzw. -psychotherapeut:innen vorbei.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV:** Eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher setzt das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligter Gesundheitsfachberufe voraus. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt eine nichtärztliche koordinierende Person die Versorgung nach dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut steht der

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen		Würdigung der Stellungnahme
				Patientin oder dem Patienten dabei weiterhin als feste Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung und ist für die Abstimmung und das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote entsprechend des Gesamtbehandlungsplans verantwortlich.
			Die Wünsche der Patient:innen – sowie konsequenterweise ihrer Sorgeberechtigten – sind an mehreren Stellen „zu berücksichtigen“; diese Formulierungen werden dem Wunsch- und Wahlrecht der Patient:innen nicht ausreichend gerecht. Die Benennung von Bezugspersonen gemäß §§ 5 und 6 sollte an eine ausdrückliche Zustimmung gebunden sein, denn eine Vertrauensbeziehung zu diesen Personen dürfte die entscheidende Erfolgsbedingung sein.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV:** Die Richtlinie sieht eine informierte Einwilligung der Patientin oder des Patienten vor; die Patientin oder der Patientin ist über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Einrichtungen zu informieren.
20	DVSG	Die DVSG begrüßt ausdrücklich die Initiative einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung für psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche. Aus Sicht der DVSG sollte in die Richtlinie an unterschiedlichen Stellen die Sozialgesetzbuchübergreifende Denklogik durch erweiterte Formulierungen unterstrichen werden, um diese Verflechtung bedarfsbezogen zu realisieren.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
21	bvvp	Der bvvp begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag erteilt hat, eine neue Richtlinie zu erarbeiten, in der Regelungen und Möglichkeiten geschaffen werden, die ambulante Versorgung von Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Erfreulich		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung PatV:** Der Entwurf der PatV geht von der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten aus. Es ist bedauerlich, dass das nicht auch gewürdigt wurde.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		ist, dass nunmehr Entwürfe dieser Richtlinie auch für den Bereich der Kinder und Jugendlichen erarbeitet wurden. Diese Stellungnahme bezieht sich auf den Entwurf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und nimmt hierzu Stellung, sofern nicht explizit Formulierungen des Entwurfes des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen werden. Psychotherapeut*innen haben ein hohes Interesse daran, ihre Patient*innen bestmöglich zu behandeln. Dafür fehlen bisher in der ambulanten Versorgung die notwendigen Strukturen der Vernetzung, der Kooperation und der Koordination für die in der Richtlinie angesprochenen Patient*innen. Dies zeigt sich im Bereich der Kinder und Jugendlichen in einem besonderen Ausmaß, weil aufgrund der in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern festgeschriebenen Regularien und der vielfältigen Lebenswelten eine Vielzahl von Bezugspersonen und Hilfesystemen einbezogen werden muss. Der bvvp hält es für zentral, dass die Versorgung der Patient*innen auf den jeweiligen hoch individuellen Bedarf abgestimmt wird und die freie Wahl der Behandelnden gewährleistet bleibt. Genauso wichtig ist die Behandlungskontinuität gerade für schwer erkrankte Patient*innen in diesen Altersstufen, für die es aufgrund ihrer entwicklungsspezifischen Besonderheiten eine besondere Herausforderung darstellt, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zuzulassen. Ohne Gewährleistung einer solchen Behandlungskontinuität können nachhaltige therapeutische Effekte nicht erwartet werden. Für die neue Richtlinie kommen zum einen Teil Patient*innen mit unterschiedlichsten Störungsbildern in Frage, die bereits in den Praxen versorgt werden und für die die Richtlinie eine wichtige Erweiterung des Behandlungsangebots darstellt. Zum anderen Teil werden Patient*innen durch die neue Richtlinie überhaupt erst die Möglichkeit bekommen, auch ambulant adäquat behandelt zu werden. Dem Bedarf dieser Gruppe an	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Patient*innen hat der Gesetzgeber insofern Rechnung getragen, als er explizit formuliert, dass die Richtlinie „insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte“ gelten solle. Es muss psychotherapeutischen Patient*innen unter dem zentralen Gesichtspunkt der Behandlungskontinuität möglich sein, beim selben Psychotherapeuten, bei derselben Psychotherapeutin ihre Psychotherapie nach der alten Richtlinie fortzuführen, sofern sie die nötige Stabilität erreicht haben. Genauso muss es möglich sein, dass chronisch schwerkranke Patient*innen durch dasselbe individuell zusammengestellte Behandlungstandem über einen längeren Zeitraum in der neuen Richtlinie versorgt werden können. Die Beschlussentwürfe berücksichtigen dieses zentrale Element der Kontinuität. In diesem Zusammenhang ist positiv zu vermerken, dass das Transitionsalter in der Richtlinie explizit berücksichtigt wird und eine Behandlung über den 21. Geburtstag hinaus möglich ist. Dies betrifft eine nicht geringe Anzahl an Patient*innen gerade mit schweren Erkrankungen, die über dieses Alter hinaus Behandlungsangebote von Behandelnden mit spezifischen Kenntnissen des Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalters benötigen.	
23	DGKJP	Der Entwurf geht in keiner Weise auf die pflichtversorgenden Krankenhäuser ein, die aber für die Krisenpläne ein notwendiger Teil der Netzwerke sind. Völlig klar ist, dass bei den großen Versorgungsgebieten der Kliniken für KJPP regelhaft mehrere Netzwerke von einer Klinik aus bedient werden müssen, was einen erheblichen Aufwand generieren kann. Er geht ebenfalls in keiner Weise auf den vorher geeinten (!) Schweregrad der psychiatrisch gestörten Kinder und Jugendlichen ein, die ein einfacher „Fallmanager“ nicht zu überblicken vermag. Es sei nochmals angemerkt, dass ein zusätzlicher Fallmanager noch eine Bezugsperson für ein Kind oder einen Jugendlichen darstellen würde, neben Eltern, Psychotherapeuten/Kinder-Jugendpsychiater, Jugendamtsmitarbeiter, Schulsozialarbeiter, Bezugslehrer etc. etc. was aus Sicht der Betroffenen das System weiter verkompliziert.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV:** Das Konzept der GKV sieht eine Einbindung Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung vor. Eine ggf. ausschließliche Einbindung der Kliniken mit regionaler Pflichtversorgung in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie erscheint nicht sachgemäß. Eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendpsychiater sind wesentlich dünner gesät als solche für Erwachsene. Daher müssen Kolleg:innen mit „halben Sitzen“ (die im übrigen seit der letzten Reform auch „entdeckelt“ worden sind) ebenso für die Komplexversorgung zugelassen werden. Detaiilierteres dazu im Anschreiben der DGKJP.	schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher setzt das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligter Gesundheitsfachberufe voraus. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt eine nichtärztliche koordinierende Person die Versorgung nach dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut steht der Patientin oder dem Patienten dabei weiterhin als feste Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung und ist für die Abstimmung und das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote entsprechend des Gesamtbehandlungsplans verantwortlich. **Anmerkung: KBV/DKG:** § 4 Abs. 4 beschreibt die Einbindung der zugelassenen Krankenhäuser.
24/ 35	SHV/ DVE	Der gesamte Beschlussentwurf ist in der vorliegenden Fassung für Außenstehende nur sehr erschwert zu bearbeiten. Es sollte Voraussetzung sein, dass der G-BA eine weitgehend konsentierte Fassung erarbeitet hat, bei der nur noch einzelne Sätze oder Formulierungen zur Kommentierung für die Stellungnehmenden vorgelegt werden.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Die vorgelegte Richtlinie ist spezifisch auf die besonderen Bedürfnisse und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen		Würdigung der Stellungnahme
		Im Übrigen sollte die KSVPsych-RL für die Erwachsenen sowohl strukturell als auch inhaltlich weitestgehend identisch sein. Beide Richtlinien betreffen in der Umsetzung dieselben Leistungserbringer:innen, die sich zügig und unbürokratisch darin zurechtfinden sollten.		Versorgungsstrukturen psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ausgerichtet. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, sondern unterscheiden sich nicht nur physisch und kognitiv sowie in der Form ihrer Fähigkeiten und Bedürfnisse voneinander. Die vorgelegte Richtlinie kann sowohl inhaltlich als auch strukturell nicht identisch mit der KSVPsych-RL für Erwachsene sein, da sich die Behandlungs- und Hilfesysteme für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen allein aufgrund der Komplexität und der von Erwachsenen deutlich abweichenden Bedarfe in ihren Herangehensweisen oft sehr von den entsprechenden Strukturen und Abläufen für Erwachsene unterscheiden.
		KBV/DKG	Inhaltsangabe § 7 und § 11: die Formulierungen sind nahezu identisch mit der KSVPsych-RL für die Erwachsenen und sollte deshalb nach dem Vorschlag der KBV/DKG benannt werden.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
26	DGAP	Die DGAP bezieht folgende Stellungnahme: - Einbezogen werden in die Versorgungsmöglichkeit in Anlage 1, Anlage 2 und Anlage 3 sollen in §4 (1) Absatz 3 auch Fachärztinnen und Fachärzte mit zweijähriger Berufserfahrung im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren.		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV:** Die Anregung der Stellungnehmer ist nicht nachvollziehbar. In § 4 Absatz 2 Nummer 3 wird die Einbindung der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorgesehen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		- Zwei Vorgaben erscheinen nicht handlungsbezogen, zum einen die Beschränkung der Teilnahme am Netzwerk nur für Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit einem vollen Sitz und zum anderen, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin jeweils die Diagnose stellen sollte, auch nachdem ein/e psychologische/r Psychotherapeut bereits eine Diagnose gestellt hat.	Das Konzept der GKV sieht die Einbindung der in § 4 Absatz 1 festgelegten Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrages vor; die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten lässt sich jedoch nur übernehmen, wenn die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt. Leistungserbringende mit einem reduzierten Versorgungsauftrag können die erforderliche Flexibilität zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe sowie eine gute Erreichbarkeit nicht gewährleisten; in der Vergangenheit wurden oftmals Probleme bei der Erreichbarkeit insbesondere der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichtet. Es wird darüber hinaus geregelt, dass nur eine Fachärztin oder ein Facharzt die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes ausüben kann, wenn bei der Patientin oder dem Patienten eine behandlungsleitende somatische Hauptdiagnose vorliegt, für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die einer kontinuierlichen ärztlichen Überwachung bedürfen vorliegen oder eine psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßige Dosisanpassung oder einem häufig

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen		Würdigung der Stellungnahme
				wechselnden Therapieschema unterliegen. Eine grundsätzliche Diagnosestellung einer Ärztin oder eines Arztes nach erfolgter Diagnostik durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten ist nicht vorgesehen. **Anmerkung KBV/DKG:** Die Anregung der Stellungnehmer wird dahingehend aufgegriffen, als die Einbindung der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in § 4 Absatz 2 Nummer 3 entsprechend gefasst wird.
28	BApK	PatV Tragende Gründe	S. 10, Abs. 1: „Relevante Bezugspersonen“: Sorgeberechtigte und gesetzliche Betreuer haben gesetzliche Pflichten (aus denen sich auch Unterstützungsressourcen ergeben), denen sie nur nachkommen können, wenn sie entsprechend einbezogen werden. Während es bei anderen „relevanten Bezugspersonen“ der Zustimmung durch den Patienten für deren Einbeziehung zurecht bedarf, sind die Erstgenannten immer einzubeziehen. Ein Ausschluss ist nur im Ausnahmefall möglich	**PatV:** Die Frage der Einbeziehung der Sorgeberechtigten aus formalen rechtlichen Gründen wird getrennt betrachtet von der Frage der Einbeziehung aus therapeutischen Gründen. Zu der Frage der Einbeziehung aus rechtlichen Gründen vgl. § 8 Absatz 6 sowie ausführlich die entsprechenden Tragenden Gründe.
		KJ-KSVPsych	Die Richtlinie weist viele sehr guter und zukunftsweisende Ansätze auf. Gleichwohl ist sie sehr fein granular spezifiziert. Dieses könnte in der Praxis dazu führen, dass die Regelung nicht angenommen wird.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
30	DGSPJ	Wir schließen uns der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik mit Ergänzungen an. Fachkliniken für Sozialpädiatrie sowie Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit psychosozialem Dienst und/oder psychosomatischen Abteilungen und		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Kinderärzt*innen (ohne 2 Jahre Psychiatrie) werden nicht berücksichtigt. Kinderärzt*innen sind in der Regel die erste Anlaufstelle für kranke Kinder und in der Regel auch die Case-Manager. Kinderärzt*innen mit Erfahrungen in der Diagnostik und der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen müssen mit einbezogen werden, nicht nur solche mit zweijähriger psychiatrischer Weiterbildung. Sonst geht der Richtlinien-Entwurf an der Versorgungsrealität vorbei und würde die Versorgung dieser Patientengruppe schlagartig verschlechtern.	**Anmerkung GKV-SV:** Der Fokus der Versorgung nach dieser Richtlinie liegt auf insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen; die Einbindung der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ist daher nur mit einer mindestens zweijährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen. **Anmerkung KBV/DKG:** Die genannten Ärzte und Ärztinnen können im Rahmen des vorliegenden Konzepts gemäß § 4 Abs. 8 Teil des patientenindiviudellen Teams werden. **Anmerkung PatV:** Der Richtlinienentwurf der Patientenvertretung eröffnet die Möglichkeit des Einbezugs weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unter § 4 Absatz 2, worunter je nach patientenindividuellem Bedarf auch die genannten Ärztinnen und Ärzte fallen können.
31	DMtG	§ 4 Absatz 1: Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wir unterstützen die Formulierung der PatV	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
31	DMtG	§ 6 Absatz 1: Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten, Ergänzung (s.u.) Musiktherapie als eine der Künstlerischen Therapien sollte Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen bei der Behandlung nach dieser Richtlinie in sektorübergreifend nicht vorenthalten werden; sie ist	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV:** Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird der Leistungsanspruch

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		etabliert in diesem Behandlungsbereich und implementiert im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) u.a. unter den Ziffern • 9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen und • 9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen • 9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen sowie für Rehabilitationsbehandlung in der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) im Kapitel F Klinische Psychologie/Neuropsychologie mit den ZiffernF68 bis F70 und u.a. in folgenden Standards: • Alkoholabhängigkeit • Depressive Störungen • Kinder/Jugendliche – Asthma bronchiale • Kinder/Jugendliche – Adipositas • Kinder/Jugendliche – Neurodermitis. Künstlerische Therapien werden auch in AWMF Leitlinien empfohlen wie z.B. • Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3), AWMF-Registernummer 028 – 043	zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen festgelegt und eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung definiert. Während im Bereich der stationären Versorgung ein Verbotsvorbehalt gilt, das heißt neue Untersuchungen und Behandlungen dürfen ohne eine Vorprüfung direkt angeboten werden, gilt im Bereich der ambulanten Versorgung der Erlaubnisvorbehalt. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen erst dann eingesetzt werden, wenn diese durch den G-BA geprüft und als nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich anerkannt wurden. Diese Regelungen gelten auch im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie; die Durchführung von Musiktherapien oder künstlerischen Therapien ist im Rahmen der ambulanten Versorgung derzeit nicht zulässig. KBV/DKG: Die aufgelisteten Qualifikationen wurden mit Blick auf die Unterstützung bei den Aufgaben gemäß § 7 ausgewählt. **Anmerkung PatV:** siehe lfd. Nr. 31 (§ 4 Absatz 2)

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		• Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Interdisziplinäre S3-Leitlinie, AWMF- Registernummer: 028 – 047 • Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen S3 Leitlinie, AWMF-Registernummer 038-020 • Posttraumatische Belastungsstörung S3 Leitlinie, AWMF-Register Nr. 155/001 • Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen S3 Leitlinie, AWMF-Register Nr. 076-001 sowie in weiteren Leitlinien bei psychosomatischem, onkologischem, neurologischem, und palliativem Behandlungsbedarf.	
32	BED	Wir begrüßen die Berücksichtigung der Ergotherapie insbesondere im interprofessionellen Setting und bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Die Leistungserbringenden der Ergotherapie werden im Entwurf derzeit richtig unter § 4 Abs. 2 genannt. Vorsorglich möchten wir schon jetzt darauf hinweisen, dass möglicherweise durch zukünftige Modellprojekte für einen Direktzugang im Bereich der Heilmittelversorgung, eine geänderte Zuordnung erforderlich sein könnte.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	Für eine gelungene Umsetzung der vorliegenden Richtlinie gilt es, psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche prinzipiell als Teil eines Familiensystems zu sehen – nur so können diese fachgerecht, zielführend und wirksam unterstützt und behandelt werden: Es müssen sowohl Kinder und Eltern als Personen mit ihren individuellen Ressourcen und Belastungen als auch das familiäre Beziehungsgefüge in den Blick genommen werden. Leistungen nach dieser Richtlinie sind deshalb an der Ausgangslage des Familiensystems, seiner	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV:** Der Fokus auf die Systemische Therapie ist nicht angemessen, da diese nur ein mögliches Verfahren im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung darstellt und daher nicht für alle Kinder und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Mitglieder sowie weiteren relevanten Akteur*innen im sozialen Bezugssystem der Patient*innen zu orientieren.	Jugendlichen gleichermaßen Einsatz finden wird. Die Richtlinie sieht darüber hinaus die Einbindung der für die Patientin oder den Patienten relevanten Bezugspersonen vor. **Anmerkung KBV/DKG:** Die Wichtigkeit des Familiensystems bei der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wird ausdrücklich geteilt, Kinder und Jugendliche wachsen jedoch nicht ausschließlich in einem Familiensystem auf.
		Ein zentraler Wirkfaktor für einen nachhaltigen Behandlungserfolg ist der **dauerhafte Einbezug relevanter Bezugspersonen,** sowohl in der Behandlungsplanung und Durchführung als auch in **begleitenden Behandlungsangeboten.** Es gilt, das Familiensystem als Ganzes in den Blick zu nehmen. Die Perspektive der Familienorientierung sollte daher als grundlegende Prämisse Eingang in die Richtlinie finden.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV:** Der Fokus auf die Systemische Therapie ist nicht angemessen, da diese nur ein mögliches Verfahren im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung darstellt und daher nicht für alle Kinder und Jugendlichen gleichermaßen Einsatz finden wird. Die Richtlinie sieht darüber hinaus die Einbindung der für die Patientin oder den Patienten relevanten Bezugspersonen vor. **Anmerkung KBV/DKG:** Vgl. §1 Abs. 1 Satz 3, hier ist die Einbeziehung benannt.
34	UBSKM	Die Erstfassung der Richtlinie sieht keine Schutzkonzepte gegen sexualisierte Gewalt vor. Die Erstellung eines Schutzkonzeptes wäre mit Blick auf die Koordinierende Person bzw. die Bezugsärztin/-therapeutin wichtig. Mit diesen soll eine vertrauensvolle Beziehung entstehen und besteht die	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV:** Dem Hinweis der Stellungnehmer wird gefolgt und eine

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Möglichkeit von Hausbesuchen. Damit steigt das Risiko für (sexuelle) Gewalt. Die Erstellung eines Schutzkonzeptes wäre auch mit Blick auf Eltern bzw. Bezugspersonen wichtig, die als gewaltausübende Erwachsene bisher nicht mitgedacht werden. Auch vor dem Hintergrund, dass erkrankte Kinder und Jugendliche eine Vielzahl an zu koordinierenden Maßnahmen in Anspruch nehmen und damit überdurchschnittlichen Kontakt zu diversen Leistungserbringerinnen haben, ergibt sich insgesamt die Notwendigkeit von Gewaltschutzkonzepten. Ein Element eines Schutzkonzeptes wäre eine unabhängige Anlaufstelle/ Ombudsstelle für den Fall von sexualisierter Gewalt, aber auch bei Behandlungsfehlern. Auch für Eltern/ Bezugspersonen muss es eine solche Anlaufstelle geben.	entsprechende Anpassung in den Beschlussentwurf aufgenommen. Siehe Kommentierung zu § 1 Abs. 3 **Anmerkung KBV/DKG:** Im Entwurf der KBV/DKG wird unter § 7 Absatz 3 geregelt, konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu erarbeiten. **Anmerkung PatV:** Nach den Regelungen der QM-RL müssen alle Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, sich gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) befassen und der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend konkrete Schritte und Maßnahmen ableiten (Schutzkonzept) (Teil A § 4 Abs. 2 QM-RL). Es erscheint angemessen, diese Anforderung in dieser Richtlinie in Hinblick auf die besonders vulnerablie Zielgruppe hervorzuheben, unabhängig davon, dass natürlich auch die übrigen Anforderungen der QM-RL zu beachten sind. Die PatV schließt sich daher dem Vorschlag KBV/DKG an.
		UBSMK bittet zu prüfen, wie das Recht auf Teilhabe und Mitsprache von Kindern und Jugendlichen konsequent umgesetzt werden kann.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
			Anmerkung GKV-SV/KBV/DKG/PatV: Die Richtlinie sieht eine informierte Einwilligung der Kinder und Jugendlichen, u.a. auch für die regelhafte Einbeziehung von Sorgeberechtigten oder relevanten Bezugspersonen, vor.
36	VAKJP	Die VAKJP befürwortet eine möglichst bürokratiearme Richtlinie, die sich mit möglichst flexiblen Regelungen an dem Patientinnenwohl und an den Notwendigkeiten des jeweils individuellen Falls orientieren. Gleichzeitig muss die Richtlinie auch die Gegebenheiten der Versorgungsmöglichkeiten berücksichtigen, sowie die Möglichkeit, weitere Institutionen außerhalb des SGB-V miteinzubeziehen. Dies scheint am ehesten im Entwurf von KBV/DKG verwirklicht. Wir unterstützen den Vorschlag von KBV/DKG, dass bei Verdacht auf Vorliegen der Bedingungen eine Empfehlung sowohl durch Ärztinnen als auch Psychotherapeutinnen ausgesprochen werden kann und keine initiale Überweisung nötig ist, solange Psychotherapeutinnen noch keine Überweisungsbefugnis haben. Gerade in schweren Fällen gibt es in der Regel schon einen Vorlauf mit Unterlagen z.B. beim Jugendamt und diagnostischen Voruntersuchungen, auf denen aufgebaut werden kann, so dass eine obligatorische Eingangsdiagnostik bei einem/r Kinder- und Jugendlichenpsychiater:in entbehrlich ist. Abgesehen davon ist die Versorgungslage nicht ausreichend flächendeckend, um eine solche Bedingung zu gewährleisten. Wir begrüßen ausdrücklich, dass für die Rili ein Netz von nur 2 Fachärztinnen bzw. Psychotherapeutinnen ausreichen kann und dass anders als in der RL § 92 für Erwachsene kein voller Sitz Voraussetzung für eine Fallführung ist. Ggf. könnte bei der Teilnahme von halben Sitzen noch die Hinterlegung von	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV:** Das Konzept der GKV sieht für eine Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung vor; ein niedrigschwelliger Zugang in die Versorgung ist damit möglich. Die Überweisung bietet zudem die Möglichkeit der Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden, u.a. zur Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen durch die Information über die Diagnose und bisherigen Befunde. In der Patientenaufnahme, die im Konzept der GKV enthalten ist, ist vorgesehen, dass auch ärztliche und therapeutische Vorbefunde einbezogen werden. Auf dieser Basis wird der Gesamtbehandlungsplan erstellt. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut soll der Patientin oder dem Patienten als feste Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung stehen und ist für die Abstimmung und das Ineinandergreifen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Allgemeine Anmerkungen	Würdigung der Stellungnahme
		Erreichbarkeiten Bedingung sein. Die vom GKV-Spitzenverband geforderte Bedingung, eine nicht-ärztliche Person zur Koordinierung (§ 4 Abs. 5) einzubeziehen, lehnen wir ab! Dies ist eine unnötige Hürde. Optional sollte das selbstverständlich möglich sein. Ausdrücklich unterstützen möchten wir den Vorschlag von KBV/DSG nach Forderung nach Kenntnissen und Beachtung von Prä- und Intervision bei (sexueller) Gewalt § 7 (Abs. 3) und die besondere Beachtung von Schutzkonzepten. Nachgewiesenermaßen korrelieren Traumata in Kindheit und Jugend mit schweren psychischen Erkrankungen. Sehr konstruktiv ist die Lösung in § 13: Dass es möglich sein soll, bereits während eines Krankenhausaufenthaltes probatorische Sitzungen in der vertragsärztlichen Praxis und/oder dem Krankenhaus durchzuführen.	der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote entsprechend des Gesamtbehandlungsplans verantwortlich. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt jedoch eine nichtärztliche koordinierende Person die Versorgung nach dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen.

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 1 Absatz 1		In § 1 werden Zweck und Versorgungsziele der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V definiert, die gemäß des gesetzlichen Auftrags Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, treffen soll. Die Bundespsycho-therapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass bei der Spezifikation der Versorgungsziele explizit die SGB übergreifende Zusammenarbeit unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld benannt wird und dabei auch auf die Unterstützungssysteme wie Kita, Schule und Ausbildungsstätte abstellt.		
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme
06	DFT	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Die Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit und der Einbezug der Bezugspersonen wird ausdrücklich befürwortet.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
09	BAG-KJPP	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme
11	BDP	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/PatV	keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die DVSG begrüßt, dass bereits in der vorgeschlagenen Formulierung eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit angestrebt werden soll. Allerdings sieht die DVSG einen Bedarf für eine verbindliche Formulierung, um die Sozialgesetzbuch übergreifende Denklogik und Interdisziplinarität zur Entfaltung zu bringen. Konkreter Formulierungsvorschlag: *Die Regelungen sehen ausdrücklich*	Um die Sozialgesetzbuch übergreifende Denklogik und Interdisziplinarität zur Entfaltung zu bringen, bedarf es – auch im SGB V und in dieser Richtlinie – Formulierungen, die verbindlich die Kooperationen und die Vernetzung im Einzelfall und Einzelfall übergreifend erwarten und fördern. Die vorgeschlagene Formulierungsänderung bringt den verbindlichen Charakter zum Ausdruck, indem anstelle von	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Im Rahmen der Regelungen des G-BA kann eine Sozialgesetzbuch-übergreifende Zusammenarbeit leider nicht verbindlich eingefordert werden, sondern lediglich ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				~~*zudem*~~ *eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs wie insbesondere SGB VIII und SGB IX) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie weitere relevanter Akteurinnen und Akteure von Unterstützungssystemen vor.*	„streben … an…“ (als Absichtserklärung) die Wortwahl „sehen ausdrücklich …. Vor“ gewählt werden sollte. Die ergänzende explizite Nennung der Sozialgesetzbücher VIII und IX sowie der weiteren relevanten Akteur*innen zusätzlich zu den Akteur*innen des SGB V soll den Blick richten auf die wesentlichen bekannten zu überwindenden bisherigen Systemgrenzen. Insbesondere die öffentliche Jugendhilfe als Rehabilitationsträger im Sinne des § 35a SGB VIII ist sektorenübergreifend in den Blick zu nehmen. Gerade an der Verbindungsstelle zum SGB VIII und seinen Akteur*innen sowie zur Eingliederungshilfe entstehen im Zusammenspiel der Systeme Jugendhilfe und dem vorwiegend biomedizinisch ausgerichteten Behandlungssystem in der SGB V – Logik häufig große Reibungsverluste. Die explizite Verknüpfung mit der Teilhabeförderung entsprechend	und Leistungserbringern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur die Akteure gemäß § 91 Absatz 6 SGB V rechtlich binden, d. h. die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte sowie Leistungserbringenden des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit den Trägern anderer Sozialgesetzbücher ist daher nicht möglich.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					des SGB IX könnte mit der Nennung im Text der Richtlinie die Berücksichtigung stärken. Die bisherige zu starke Begrenzung auf das SGB V geht zu Lasten der betreffenden psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und muss zielgerichtet und mit Stringenz erweitert werden.	
21	bvvp	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Der bvvp begrüßt, dass in der neuen Richtlinie explizit darauf hingewiesen wird, dass eine Zusammenarbeit über verschiedene SGBs durchzuführen, erforderlich und sinnvoll sein kann. Die Möglichkeit zur Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme wird als wichtiger Inhalt der Richtlinie genannt. Es mangelt jedoch in den weiteren Ausführungen an Informationen darüber, wie die Durchführung umgesetzt werden soll, zum Beispiel fehlt die genauere Definition von Schnittstellen.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Wir würden dafür plädieren, Satz 3 zu ändern in: *Es soll für diese Patientengruppe eine verpflichtende Sozialgesetzbuch-übergreifende Zusammenarbeit etabliert werden, damit alle relevanten Bezugspersonen einbezogen und alle potenziellen Hilfen aktiviert werden können*.	Eine Kooperationsverpflichtung ist bereits im SGB IX kodifiziert. Bei den Komplexfällen, um die es hier geht, ist SGB-übergreifende Kooperation absolut erforderlich.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: siehe lfd. Nr. 20
25	CBP	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Nach § 1 Abs. 1 S. 2 folgender Satz einzufügen: *Die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere die Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden berücksichtigt.*	Die Kinder und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere die Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung sind im bisherigen System aufgrund der fehlenden Barrierefreiheit und fehlender Angebote unterversorgt. Die Einbeziehung der Leistungssysteme der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII, der Eingliederungshilfe nach SGB IX, der Früherkennung und Frühförderung nach § 46 SGB IX sowie der Sozialpädiatrischen	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme, keine Übernahme der Formulierungsvorschläge. Begründung: Zu § 1 Abs. 1 Einfügung neuer Satz nach S. 2: Das Ziel einer besonderen Berücksichtigung von Bedarfen von Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen wird grundsätzlich geteilt, auf eine explizite Nennung ohne die Verknüpfung zu spezifischen Maßnahmen jedoch zunächst verzichtet.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Zentren ist für die übergreifende Zusammenarbeit erforderlich, weil diese Systeme die ersten Unterstützungssysteme für die Familien sind.	Die Regelung orientiert sich am Wortlaut des gesetzlichen Auftrages in § 92 Absatz 6b SGB V, so dass von einer weiteren Ausdifferenzierung abgesehen wird. Der Fokus dieser Richtlinie richtet sich daher auf Menschen mit psychischen Erkrankungen; dies umfasst gleichermaßen Menschen mit Behinderungen, eine gesonderte Benennung ist daher nicht erforderlich. **Anmerkung PatV:** Soweit der Stellungnehmer auch Kinder und Jugendliche mit einer ICD-10 Diagnose der „Intelligenzsstörung“ (F7) in Zusammenhang mit einer deutlichen „Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“ (Codierung .1) adressiert, so ist dieser Personenkreis durch die Entwürfe von KBV/DKG und PatV nicht ausgeschlossen. Das Ziel einer barrierefreien

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Versorgung betrifft zudem nicht nur den hier adressierten Regelungsbereich, sondern den gesamten Leistungsbereich des SGB V. Ein kleiner diesbezüglicher Schritt ist mit der Angabe über das Vorhandensein barrierefreier Praxisräume in der Arztsuche der KVen (§ 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V) und des Bundes (§ 395 Absatz 2 Satz 3 Nr. 5 SGB V, gesund.bund.de) gemacht worden. Die jüngsten Bemühungen des BMG um einen Aktionsplan für ein diverses inklusives barrierefreies Gesundheitswesen verweisen u. E. auf den Umstand, dass die Implementierung gesundheitsbezogener Barrierefreiheit Leistungserbringerübergreifend erarbeitet und umgesetzt werden muss. Die partikulare Forderung nach Barrierefreiheit in bestimmten

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Versorgungssegmenten erschwert paradoxerweise leider die Zugänglichkeit zu Leistungen, weil viele der Leistungserbringer die Anforderung nicht erfüllen können. Es wird hier daher von einer entsprechenden Aufnahme in die Richtlinie abgesehen.
25	CBP	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	§ 1 Abs. 1 S. 4 wie folgt anzupassen: *Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere mit der Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe sowie interdisziplinären Frühförderstellen, SPZ sowie Kita, Schule und Aus- und Bildungsstätten und Berufsbildungswerken und Werkstätten für Menschen mit Behinderung etc.).*		§ 1 Abs. 1 S. 4: Durch die Einfügung von „insbesondere“ wird deutlich gemacht, dass die Aufzählung nicht abschließend ist. Regelungen zum Einbezug und zur Zusammenarbeit verschiedener Unterstützungssysteme ist konkret u.a. in § 4 und § 7 geregelt.
27	DGVT-BV	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Wird insgesamt begrüßt. Angebote aufsuchender Versorgung sollten	Angebote aufsuchender Versorgung sind vorgesehen, aber	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				noch konsequenter einbezogen werden.	keine konsistente Erwähnung in weiteren Paragrafen.	
33	DGSF + SG	§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DK G/PatV	*Die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten [familienorientierten] Versorgung*	Es gilt, das Familiensystem als Ganzes in den Blick zu nehmen. Die Perspektive der Familienorientierung sollte daher als grundlegende Prämisse Eingang in die Richtlinie finden.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages **Begründung**: Bei der Formulierung der geplanten Art der Versorgung wird sich nah an der gesetzlichen Grundlage des § 92 Absatz 6b SGB V orientiert, die die Erarbeitung von „Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“ vorgibt.

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK		*(z.B. Nummer 4)*		In § 1 Absatz 2 werden die Unterziele definiert, die die neu gestaltete Richtlinie erfüllen soll. Die BPtK begrüßt, dass in dieser Richtlinie für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche die Ziele der Förderung der Behandlungskontinuität, der Verbesserung der Möglichkeiten der Kriseninterventionen und der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					von Versorgungsbereichen gesondert betont werden. Darüber hinaus wird die Betonung der Verbesserung des Austausches und der Zusammenarbeit an den Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und die gesonderte Betrachtung der Transitionsphase von der Jugend- zur Erwachsenenbehandlung den besonderen Anforderungen an die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gerecht.		
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 1 Absatz 2		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 1 Absatz 2	Nr. 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
09	BAG-KJPP	§ 1 Absatz 2		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 1 Absatz 2		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme
11	BDP	§ 1 Absatz 2	Nr. 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme
				GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 1 Absatz 2	Nummer 1 Satz 2	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die gewählte Eingrenzung sollte erweitert werden um Partnerinnen und Partner, insbesondere um den Lebensweltbezug der Personen im Punkt Beziehungen gerecht zu werden:	An dieser Stelle ist die Eingrenzung und Spezifizierung mit der bisherigen Wortwahl ‚insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten' aus Sicht der DVSG vor allem bei	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Zu Nr. 1 Satz 2: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungs-vorschlages **Begründung**: Das formulierte Ziel soll ausdrücklich relevante

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Formulierungsvorschlag: *Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen, vor allem bei volljährigen Personen Partnerinnen und Partner sowie ~~und~~ Sorgeberechtigten.*	volljährigen Personen nicht angemessen, denn diese Formulierung berücksichtigt Partnerinnen und Partner der jungen Erwachsenen bisher nicht.	Bezugspersonen umfassen. Die nachfolgende Aufzählung ist lediglich beispielhaft und erhebt nicht den Anspruch der Vollständigkeit. Zudem wird in den Tragenden Gründen erläutert, dass sich bei der Nutzung der Begrifflichkeit an der Psychotherapie-Richtlinie orientiert wurde, die in ihrer Begründung auch die Partnerinnen und Partner mit adressiert.
			Nummer 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die DVSG begrüßt die explizite Benennung der Beteiligung von Kindern/Jugendlichen; dies stellt sicher, dass vereinbarte Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses Entsprechung finden in einzelnen Richtlinien und gewährleistet damit die Verpflichtung zur Umsetzung.	Der partizipative Ansatz ist im Sinne der Selbstbestimmung und Teilhabeförderung wichtig herauszustellen. Auch beispielsweise in der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess ist in § 4 Absatz 5 die	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Beteiligung der Leistungsberechtigten benannt „Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses (…) (5) In allen Phasen des Rehabilitationsprozesses ist die Beteiligung und Mitbestimmung des Menschen mit Behinderung unter Berücksichtigung seiner Kompetenzen sicherzustellen“. In der Umsetzung bedarf es dafür allerdings auch funktionierender Strukturen der Interessensvertretung, Selbsthilfe und der Einbeziehung der anwaltschaftlichen Vertretung (z. B. durch Soziale Arbeit	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						in Bereichen des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens).	
23	DGKJP	§ 1 Absatz 2		GKV-SV/ KBV/DKG/PatV	Die geeinte Formulierung ist für uns zustimmungsfähig. Wenn denn die Erklärung, dass Kriseninterventionen vereinfacht würden, auch im Regelwerk umgesetzt würde; durch den mangeln en Einbezug von PIAs und damit von Kliniken können wir diesbezüglich neben der ohnehin bestehenden Pflichtversorgung der Kliniken keine „Vereinfachung“ erkennen.		**GKV-SV/PatV**: Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV/PatV**: Die Regelungsvorschläge des GKV-SV und der PatV sehen die Einbindung der psychiatrischen Institutsambulanzen vor, in dem die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes übernehmen können. **KBV/DKG:** Kenntnisnahme
25	CBP	§ 1 Absatz 2	Nr. 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	*Die bedarfsgerechte und barrierefreie medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche mit schwerer psychischer Erkrankung*	Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und mit psychischer	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme, keine Übernahme des

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Erkrankung muss durch die barrierefreie Versorgung sichergestellt werden (Leichte Sprache, Gebärdendolmetscher etc.)	Formulierungsvorschlages. **Begründung**: Die Bedarfsgerechtigkeit wird an mehreren Stellen aufgeführt (z.B. in Satz 1 des § 1 Absatz 2 Nummer 1), so dass auf eine wiederholte Nennung an verschiedenen Stellen verzichtet wird. Das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung umfasst auch eine möglichst barrierefreie Versorgung, von einer zusätzlichen Aufnahme wird daher abgesehen. Da zur Barrierefreiheit, keine expliziten Regelungen in die Richtlinie aufgenommen wurden, erfolgt keine separate Aufnahme unter den Zielen. **Begründung PatV**: Das Ziel einer barrierefreien Versorgung betrifft nicht nur den hier adressierten

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Regelungsbereich, sondern den gesamten Leistungsbereich des SGB V. Ein kleiner diesbezüglicher Schritt ist mit der Angabe über das Vorhandensein barrierefreier Praxisräume in der Arztsuche der KVen (§ 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V) und des Bundes (§ 395 Absatz 2 Satz 3 Nr. 5 SGB V, gesund.bund.de) gemacht worden. Die jüngsten Bemühungen des BMG um einen Aktionsplan für ein diverses inklusives barrierefreies Gesundheitswesen verweisen u. E. auf den Umstand, dass die Implementierung gesundheitsbezogener Barrierefreiheit Leistungserbringerübergreifend erarbeitet und umgesetzt werden muss.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Die partikulare Forderung nach Barrierefreiheit in bestimmten Versorgungssegmenten erschwert paradoxerweise leider die Zugänglichkeit zu Leistungen, weil viele der Leistungserbringer die Anforderung nicht erfüllen können. Es wird hier daher von einer entsprechenden Aufnahme in die Richtlinie abgesehen.
		§ 1 Absatz 2	Nr. 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt …. *zeitnähere und* barrierefreie Diagnostik- und Therapieleistungen f*ür diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.*	Die Diagnostik- und Therapieleistungen für Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und mit psychischer Erkrankung müssen barrierefrei erbracht werden (Leichte Sprache, Gebärdendolmetscher etc.)	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. **Begründung GKV-SV/ KBV/DKG**: In§ 1 Absatz 2 wird bereits im Unterziel Nummer 1 eine bedarfsgerechte Versorgung angestrebt, dies beinhaltet auch eine

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							möglichst barrierefreie Versorgung. Da zur Barrierefreiheit keine expliziten Regelungen in die Richtlinie aufgenommen wurden, erfolgt keine separate Aufnahme unter den Zielen. **Begründung PatV**: siehe oben.
		§ 1 Absatz 2	*Nr. 4*		*Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele. Die Belange von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung werden besonders beachtet und ihre individuellen Teilhabeziele gefördert.*	Die individuellen Teilhabeziele von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und mit psychischer Erkrankung müssen besonders gefördert werden.	**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Fokus dieser Richtlinie richtet sich auf Menschen mit psychischen Erkrankungen; dies umfasst gleichermaßen Menschen mit Behinderungen, eine gesonderte Benennung ist daher nicht erforderlich. **KBV/DKG**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Formulierungsvor-schlages. **Begründung:** Da für Kinder und Jugendliche keine expliziten Regelungen in die Richtlinie aufgenommen wurden, erfolgt keine separate Aufnahme unter den Zielen.
27	DGVT-BV	§ 1 Absatz 2		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Es wird begrüßt, die Betroffenenperspektive eingenommen zu haben.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
29	bad	§ 1 Absatz 2	Nummer 2	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Der Personenkreis sollte ausdrücklich auf alle nahen Bezugspersonen erweitert werden. Dazu können auch enge Freunde, Leitfiguren z.B. aus dem Vereinssport, usw. gehören.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschla-ges **Begründung**: Das formulierte Ziel soll

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							ausdrücklich relevante Bezugspersonen umfassen (vergleiche § 1 Nr. 1 Satz 2). Die nachfolgende Aufzählung ist lediglich beispielhaft und erhebt nicht den Anspruch der Vollständigkeit.
33	DGSF + SG	§ 1 Absatz 2	*Nummer 1*	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	*Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten [und deren relevante Bezugspersonen] besser als bestehende Versorgungsformen.*	Kinder und Jugendliche sind immer Teil eines Familiensystems und ihrer sozialen Umwelt. Die Problemlagen von Familien mit einem psychisch erkrankten Kind oder Jugendlichen sind komplex. Kernvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung dieser Richtlinie ist daher eine grundlegende Perspektive der Familienorientierung.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschla-ges **Begründung**: Die Rolle und der Einbezug relevanter Bezugspersonen ist von elementarer Bedeutung bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und findet deshalb an vielen verschiedenen Stellen der Richtlinie Eingang.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 1 Absatz 2	Nummer 2	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	*Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen [und deren relevante Bezugspersonen]*	Für eine erfolgreiche, nachhaltige Behandlung ist das ganze Familiensystem von zentraler Bedeutung. Es gilt, mit der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht nur individuell die Patient*innen zu erreichen, sondern auch deren relevante Bezugspersonen. Der Anspruch an Behandlungskontinuität nach dieser Richtlinie sollte auch für relevante Bezugspersonen der Patient*innen gelten.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages **Begründung**: siehe Nr. 1
		§ 1 Absatz 2	Nummer 3	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	[*Unterstützungsangebote], Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten [und deren relevante Bezugspersonen]*	Ist ein Kind oder Jugendlicher psychisch erkrankt, wirkt dies in die gesamte Familie. Häufig sind Eltern und	**GKV-SV/KBV/DKG/ PatV:** Dank und Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages **Begründung:** Weitere Unterstützungsangebote

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Geschwisterkinder durch die Erkrankung der betroffenen Person hoch belastet. Komplementäre bedarfsgerechte und passgenaue psychosoziale, psychotherapeutische oder pädagogisch-unterstützende Angebote und Unterstützungsstrukturen für Angehörige sollten selbstverständlich Teil des Gesamtbehandlungsplans darstellen.	spielen bei der Versorgung Kinder und Jugendlichen eine wichtige Rolle. Da sie jedoch zumeist nicht direkt von den hier adressierten Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden können, erfolgt keine Ergänzung an dieser Stelle. Die Rolle und der Einbezug relevanter Bezugspersonen ist von elementarer Bedeutung bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und findet deshalb an vielen verschiedenen Stellen der Richtlinie Eingang.
					Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten [und deren relevante Bezugspersonen]	Unterliegt auch die Diagnostik einer Familienorientierung, kann durch eine Familien- und Umfelddiagnostik	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						der Stellenwert bestimmt werden, den die Familie für die individuelle Psychopathologie des Kindes oder Jugendlichen hat und wie diese auf die Familie wirkt. Im Sinne der Familienorientierung gilt es, Angebote koordinierter und aufeinander abgestimmter Elternarbeit, Begleitangebote, Eltern-bezogene Behandlungsangebote, sowie Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen flächendeckend im ambulanten, stationären, stationsäquivalenten	**Begründung**: Siehe lfd. Nr. 33 zu Nr. 1

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						und teilstationären und aufsuchenden Setting zu etablieren und in den Behandlungsverlauf zu integrieren. Angehörige können so befähigt werden, mit der Erkrankung ihres Kindes und den Folgen umzugehen. Sind in einem Familiensystem mehrere Mitglieder von einer psychischen Erkrankung betroffen, müssen diese in der Behandlungsplanung ›mitgedacht‹ und Leistungen im Mehrpersonensetting für mehrere Indexpatient*innen, sektoren- und säulenübergreifend regelhaft ermöglicht werden.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 1 Absatz 2	Nummer 4	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	*Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche [und deren relevante Bezugspersonen] durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.*	Der Behandlungsansatz sollte ganzheitlich auf die gesamte Familie in allen Phasen des Hilfeverlaufes ausgerichtet sein. Ein partizipativer Behandlungsansatz gilt ebenso für relevante Bezugspersonen.	**GKV-SV/PatV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich an insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Die Einbindung der relevanten Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten wird in der Richtlinie aufgegriffen, beispielsweise bei der Abstimmung des Gesamtbehandlungsplan s (§ 10) und dem Hinweis auf Hilfen für die relevanten Bezugspersonen, sofern diese erforderlich sind (§ 9 Absatz 3). **KBV/DKG:** Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlage s

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Begründung: Siehe lfd. Nr. 33 zu Nr. 1
34	UBSKM	§ 1 Absatz 2	Nummer 4.	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Aus Sicht von UBSKM sind die Kriterien für Partizipation nicht vollständig erfüllt. Zwar werden Kinder und Jugendliche teilweise beteiligt, an einigen Stellen, wie z.B. an Fallbesprechungen und an der harmonisierenden Gesamtbehandlungsplanun g jedoch nicht.	Dem Bedürfnis von Kindern und insbesondere Jugendlichen nach Autonomie muss Rechnung getragen werden. Handlungen wie sexuelle Gewalt, die schwere Traumata zur Folge haben, übergehen die Autonomie der betroffenen Kinder und Jugendliche vollständig. Es muss vermieden werden, dass mangelnde Partizipation an der Behandlungsplanun g dazu führt, dass Kinder und Jugendliche sich in ihrer Autonomie erneut	**GKV-SV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. In § 10 Absatz 1 und 4 wird bereits geregelt, dass der Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen erstellt wird. Patientinnen und Patienten werden in der Regel nicht in Fallbesprechungen eingebunden, da in diesen der Fall fachlich medizinisch zwischen den Leistungserbringenden diskutiert wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Patientin oder der Patient sowie bei Bedarf die relevanten Bezugspersonen von den Entscheidungsprozessen bezüglich der

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						eingeschränkt fühlen.	**Behandlung** ausgeschlossen werden. Diese sind über die Regelungen in § 10 bei der Gesamtbehandlungsplanung beteiligt. **KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 1 Absatz 2	Numm er 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Ablehnung	Die Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten ist eine implizite	**GKV-SV/KBV/DKG**: Kenntnisnahme. Ziel der Versorgung nach dieser

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Folge der Umsetzung der RL und ist somit nachrangig der Verbesserung der Versorgung in der häuslichen Umgebung.	Richtlinie ist die Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen; dies kann sich auch in einer Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten ausdrücken. Der gesetzliche Regelungsauftrag beschränkt sich dabei keineswegs nur auf den ambulanten Versorgungsbereich, sondern bezieht u. a. auch die Krankenhäuser mit psychiatrischen Institutsambulanzen sowie eine Vernetzung zur stationären Behandlung ein (vgl. BT-Drs. 19/9770, S. 65). Die Reihenfolge der Unterziele in § 1 Absatz 2 stellt keine priorisierende Rangfolge dar.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				PatV	Die Ausführung der PatV wird unterstützt.	Das ursprüngliche Ziel bei der Entwicklung der KSV-Psych-Richtlinien für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche war die Verbesserung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung durch berufsgruppenübergreifende Kooperation und Vernetzung.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
				PatV	Die Ausführung der PatV wird unterstützt.	Das ursprüngliche Ziel bei der Entwicklung der KSV-Psych-Richtlinien für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche war die Verbesserung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung durch berufsgruppenübergreifende Kooperation und Vernetzung.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung zur Position GKV-SV, KBV/DKG.	Nr. 5 in der gewählten Version entspricht den gesetzlichen Vorgaben.	**GKV-SV/KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
				PatV	Enthaltung	Inhaltlich ist die Position gut nachvollziehbar. Der Fokus der RiLi liegt gesetzesgemäß aber auf der Förderung des Übergangs von der stationären	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						in die ambulante Behandlung. Wenn dies gelingt, werden dadurch auch wieder Ressourcen für dringend benötigte stationäre Behandlungen frei. Die Formulierung von GKV-SV/KBV/DKG ist deshalb ausreichend.	
09	BAG-KJPP	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	Stationäre Behandlungszeiten werden durch intensivere und vernetztere Koordination an den Übergängen und durch verbindliche Krisenpläne verkürzt. Es ist zu begrüßen, dass mit dieser Regelung auch Einzelpraxen indiziert aufsuchend tätig werden dürfen.	**GKV-SV/KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS / DGSPJ	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	PatV	Wir präferieren den Vorschlag der PatV	Dire Behandlung muss sich am Bedarf der Patienten orientieren. DGPPS: Behandlung in häuslicher Umgebung und stationäre Behandlung sind	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						dabei grundsätzlich gleichwertig. DGSPJ: Die Behandlung in häuslicher Umgebung kann in bestimmten Fällen zur stationären Behandlung gleichwertig sein.	
11	BDP	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Keine Fokussierung und Reduzierung auf die *„schwer psychisch erkrankten …“*	Die Versorgung sollte bei Umsetzung auch für „weniger schwer psychisch erkrankte …“ unterstützt werden.	**GKV-SV/KBV/DKG**: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. **Änderung in**: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für insbesondere schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
		§ 1 Absatz 2	Num mer 5	PatV	Befürwortung	Keine Fokussierung auf den Schweregrad.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	VDAB	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	PatV	Der VDAB stimmt dem Formulierungsvorschlag der PatV zu.	Die Versorgung muss personenzentriert am Bedarf der Patienten ausgerichtet sein. Dies kann sowohl eine zielführende Versorgung in der häuslichen Umgebung wie auch im stationären Bereich bedeuten.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Keine Zustimmung	Die Verringerung von Krankenhaustagen ist zwar wünschenswert, sollte aber kein Erfolgskriterium sein. Eine erfolgreiche Versorgung geht im Einzelfall keineswegs regelhaft damit einher.	**GKV-SV/KBV/DKG**: Kenntnisnahme. Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen; dies kann sich auch in einer Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten ausdrücken.
				PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	Klarere Formulierung! Wichtig v.a. die Ermöglichung aufsuchender Angebote, wenn weder der erkrankte Patient noch die Sorgeberechtigten	**GKV-SV/KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						oder andere Bezugspersonen ein ambulantes Setting garantieren können als Behandlungsvoraussetzung und eine stationäre Versorgung damit vermieden werden kann.	
17	DPTV	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Änderungsvorschlag: „*Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten und fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung*.“ Die Versorgung im häuslichen Umfeld sollte explizit „*gefördert*“ werden- so wie von den PatV vorgeschlagen.		**GKV-SV/KBV/DKG**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nicht bei jeder Patientin oder jedem Patienten eine Versorgung im häuslichen Umfeld notwendig ist.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
20	DVSG	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	PatV	Redaktionelle Anmerkung: Sollte diese Formulierung gewählt werden, müsste an einer Stelle die weibliche Schreibweise gewählt werden: ….. *ebenso wie eine vom Bedarf der Patientin oder des Patienten ….*		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wird gefolgt.
23	DGKJP	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Eine Verkürzung und Vermeidung stationärer Aufenthalte ist sehr zu begrüßen (siehe Papier der Regierungskommis-sion) - daher Zustimmung	Durch Krisenpläne werden ggfs. Aufenthalte vermieden. Durch gesicherte Anschlussversorgung können sie verkürzt werden. Allerdings sollten Kliniken über ihre PIAs und Weitergabe an die aufnehmenden Stationen in die Erstellung von Krisenplänen einbezogen sein, damit sie reibungslos durchgeführt werden können (siehe Begleitschreiben der DGKJP).	**GKV-SV/KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
				PatV	Wir stimmen dem Vorschlag der PatV ebenfalls zu. Eine Versorgung in der	Die Versorgung in der häuslichen Umgebung sollte prinzipiell Vorrang vor anderen Versorgungsformen haben und	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					häuslichen Umgebung sollte auch durch jede Einzelpraxis ermöglicht werden. Dazu müssten allerdings Vorgaben zur Praxispräsenz in einzelnen KVen kritisch betrachtet werden. Vorschlag: Man sollte beide Formulierungen hintereinander aufnehmen!	stationäre Aufnahmen überflüssig machen. Allerdings ist die Richtlinie insgesamt nicht danach ausgelegt, und es würde auch die enge Kooperation mit den Jugendämtern erfordern.	
24/ 35	SHV/ DVE	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	PatV	Diesem Vorschlag wird zugestimmt.	Die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalt ist individuell vom Zustand der einzelnen Patient:innen abhängig, daher ist die Formulierung des „Bedarfs“ aus unserer Sicht passend.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
25	CBP	§ 1 Absatz 2	Nr. 5	GKV-SV/ KBV/DKG	*Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt primär die Teilhabe von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu*	Die Versorgung muss die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen in Blick haben und sich nicht auf die Verkürzung der Behandlungen fokussieren.	**GKV-SV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Regelungen des SGB V sehen eine Krankenbehandlung von Patientinnen und Patienten vor; die vorliegende Richtlinie geht

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					den bestehenden Versorgungsformen und koordiniert die Versorgung in der häuslichen Umgebung.		bereits einen Schritt darüber hinaus, in dem Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung über Schnittstellen hinweg ausgestaltet werden. Damit ist jedoch nicht verbunden alle Maßnahmen anderer Sozialgesetzbücher in dieser Richtlinie zu verankern. **KBV/DKG**: Kenntnisnahme keine Übernahme des Formulierungsvorschlages **Begründung**: Der Aspekt der Teilhabe wird bereits unter § 1 Absatz 2 Nr. 4 adressiert. Die Unterstützung der Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung wird als weitreichenderes Ziel als die reine Koordinierung der Versorgung in der häuslichen Umgebung eingeschätzt.
		§ 1 Absatz 2	Nr. 5	PatV	*Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung und die Teilhabe in der häuslichen Umgebung und in*	Die Versorgung muss die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen nicht nur im häuslichen Umfeld, sondern auch in weiteren	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					unterstützenden Leistungssystemen ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.	Leistungssystemen z.B. in besonderen Wohnformen	
27	DGVT-BV	§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Standpunkt von GKV-SV/KBV wird geteilt.		**GKV-SV/KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	BapK	§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	BapK unterstützt diese Formulierung.	Stärkere Patientenorientierung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
31	DMtG		Nr. 5	GKV-SV KBV/DKG PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		**GKV-SV/KBV/DKG**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung für insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche; dies kann sich auch in einer Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten ausdrücken. Sollte eine Versorgung im ambulanten Setting nicht ausreichend sein, ist eine stationäre Behandlung unter Berücksichtigung der

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.		individuellen Situation auch weiterhin möglich. **PatV**: Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 1 Absatz 2	*Num mer 5*	PatV	Zustimmung	Eine wohnort- und zeitnahe, direkte, flexible und patient*innenorientierte bedarfsgerechte stationäre, stationsäquivalente und teilstationäre Versorgung muss flächendeckend Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen und deren Familien zugänglich sein. Hierfür benötigt es zeitgemäße Angebote, wie zum Beispiel Home Treatment. Droht aufgrund ungünstiger Kontextfaktoren im Lebensumfeld von Patient*innen eine seelische Verschlechterung, sind	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						diagnoseunabhängige stationäre Aufenthalte zu befürworten.	
34	UBSKM	§ 1 Absatz 2	Num mer 5	PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV.	Die stationäre Behandlung sollte nicht grundsätzlich vermieden werden. Denn insbesondere für Kinder und Jugendliche, die von innerfamiliärer Gewalt betroffen sind, kann ein stationärer Aufenthalt der einzige Ausweg aus der Gewalt sein.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV/KBV/DKG**: Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen; dies kann sich auch in einer Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten ausdrücken. Die Wahl der für die Patientin oder den Patienten notwendigen Intervention ist dabei immer abhängig von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung. Sollte eine Versorgung im ambulanten Setting nicht ausreichend sein, ist eine stationäre Behandlung unter Berücksichtigung der individuellen Situation auch weiterhin möglich.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme
11	BDP	§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
15	bkj	§ 1 Absatz 2	Num mer 6	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 1 Absatz 2	Num mer 6	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 1 Absatz 2	Num mer 6	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Wird ausdrücklich begrüßt. Ermöglicht kontinuierlichen und strukturierten Austausch und Erleichterung der Kooperation der Leistungserbringer untereinander.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 1 Absatz 2	Num mer 6	GKV-SV/ KBV/ DKG /PatV	*Behandlungsbedarf Jugendliche [und deren relevante Bezugspersonen] die patientenindividuell notwendige Koordinierung der strukturierten [familienorientierten] Versorgungsangebote*	Nach dieser Richtlinie sind die Leistungen und Maßnahmen von Patient*innen zu koordinieren und zu strukturieren. Leistungsbezüge der Patient*innen aus anderen Hilfesystemen sind zu beachten, um bestehende	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages **Begründung**: Die Rolle und der Einbezug relevanter Bezugspersonen ist von elementarer Bedeutung bei der Versorgung von Kindern und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						gut funktionierende Strukturen gerade aus dem Bereich der Jugendhilfe mit Bezugspersonenkontinuität im Bedarfsfall gleichberechtigt einzubinden und Doppelstrukturen zu vermeiden. Dies muss jedoch auch für die Unterstützungsleistungen der gesunden oder erkrankten Angehörigen gelten.	Jugendlichen und findet deshalb an vielen verschiedenen Stellen der Richtlinie Eingang.
		§ 1 Absatz 2	Num mer 6	GKV-SV/ KBV/ DKG /PatV	*sowie die [verpflichtende] Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit.*	Durch die geplante berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung an den Schnittstellen wird ein gründlicher und regelmäßiger gleichberechtigter Austausch aller Behandler*innen, Akteur*innen und Sozialsysteme notwendig. Für gelingende Behandlungsverläufe im	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages. **Begründung:** Im Rahmen der Regelungen des G-BA kann eine Sozialgesetzbuch-übergreifende Zusammenarbeit leider nicht verbindlich eingefordert werden, sondern lediglich ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Sinne dieser Richtlinie gilt es, Kooperation strukturell und verpflichtend zu verankern. Die verbindliche systemübergreifende Kooperation, Koordination und Vernetzung sollte daher als eigene Leistungsart für diese Personengruppe in allen Sozialgesetzbüchern verankert werden. Regelungen zur verpflichtenden Kooperation analog § 81 SGB VIII sind ebenfalls in allen relevanten SGB zu treffen.	verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt.
		§ 1 Absatz 2	Num mer 6		*[Fallabhängige und fallunabhängige Kooperation in strukturell vorgeprägten Netzwerken]* ~~*Sie*~~ *soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifend*	Gelingende Zusammenarbeit im Einzelfall beruht häufig auf fallunabhängiger Netzwerkarbeit und Kooperation. Deshalb sollte diese als Merkmal guter Strukturqualität sowohl	**GKV-SV/PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Eine fallunabhängige Kooperation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer kann von Vorteil sein; die Richtlinie zielt

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					e Behandlung sicherstellen, (…)	einzelfallbezogen als auch fallunabhängig erfolgen. Eine regionale, fallunabhängige Infrastruktur sollte durch verpflichtende Regelungen zur Kooperation analog zum SGB VIII geschaffen werden.	jedoch auf die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ab, so dass zu diesem Zweck fallabhängige Kooperationen vorgesehen werden. **KBV/DKG**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages. **Begründung**: Die Kooperation wird an verschiedenen Stellen der Regelung konkret adressiert.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringenden ambulanten Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 1 Absatz 2 Nr. 7	PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 1 Absatz 2 Nr. 7	PatV	Im Regelungsvorschlag der Patientenvertretung wird unter § 1 Absatz 2 Nr. 7 die Unterstützung der Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen und niedergelassene Leistungserbringer*innen als eigenes Unterziel der Richtlinie formuliert. Die BPtK befürwortet die Intention des Regelungsvorschlags der Patientenvertretung (PatV) zu § 1 Absatz 2 Nr. 7, dass bedarfsorientiert die erforderlichen ambulanten Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen parallel zu weiteren gleichzeitig erforderlichen Leistungen niedergelassener Leistungserbringer*innen erbracht werden können. Hierzu ist jedoch die Formulierung eines	Die vorgeschlagene Möglichkeit, im Rahmen der vorliegenden Richtlinie temporär sowohl ambulante Leistungen eines Bezugsarztes/einer Bezugspsychotherapeut*in als auch Leistungen einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Anspruch nehmen zu können, soll den Sektorenübergang verbessern, Behandlungskontinuität ermöglichen und nicht zuletzt in strukturschwachen und ländlichen Regionen mit ggf. unzureichenden Versorgungsstrukturen in der vertragsärztlichen Versorgung zeitnäher die erforderlichen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stellen. Sie ist insoweit von den	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die dezidierte Nennung als Unterziel in § 1 Absatz 2 Spiegelstrich 7 erscheint der PatV aufgrund der Relevanz der Regelung sinnvoll. **Anmerkung GKV-SV**: Die Möglichkeit gleichzeitig Leistungen durch eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V und durch niedergelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu schaffen, führt in erster Linie zu einer parallelen Behandlung der Patientin oder des Patienten mit unklaren Verantwortlichkeiten und möglicherweise problematischen Wechselwirkungen im Behandlungsprozess. Im Sinne einer koordinierten und strukturierten Versorgung sollten stattdessen die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				gesonderten Unterziels für diese Versorgungsform nicht erforderlich, vielmehr sind insbesondere die Regelungen in § 4 der Richtlinie so auszugestalten, dass ein Einbezug von Psychiatrischen Institutsambulanzen und den dort tätigen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen der Berufsgruppen nach § 4 Absatz 1 in die Versorgung ermöglicht und zugleich weitere Leistungen nach dieser Richtlinie auch von niedergelassenen Leistungserbringer*innen erbracht werden können.	übergeordneten Zielen in Absatz 1 Nummern 2, 3 und 5 bereits hinreichend umfasst und sollte an anderer Stelle im Normtext der Richtlinie konkretisiert werden.	psychiatrischen Institutsambulanzen in die Versorgung nach dieser Richtlinie eingebunden werden.
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 1 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Das Ziel der KSV-Psych-Richtlinie für Kinder und Jugendliche ist primär die Verbesserung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung durch berufsgruppenübergreifende Kooperation und Vernetzung. Eine Beteiligung der PIA ist durch die RL bereits eindeutig geregelt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Allerdings ist im PatV-Entwurf der Richtlinie die Beteiligung der PIA ansonsten nur für den Fall geregelt, dass ein in ihr tätiger Leistungserbringer die Bezugsfunktion übernimmt. Der hier vorliegende Regelungsvorschlag zielt auf eine Versorgungssituation, in der eine

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						PIA-Leistung bedarfsgerecht temporär zusätzlich zu einer durch einen ambulanten Leistungserbringer mit Bezugsfunktion erbrachten Leistung erbracht werden soll.
06	DFT	§ 1 Absatz 2	PatV	Ist zu befürworten.	Es fehlt oft an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme Anmerkung GKV-SV: siehe lfd. Nr. 02
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 1 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Unterstützung des Netzkonzepts von KBV/DKG. Im Konzept von KBV/DKG ergibt sich die Forderung der PatV logischerweise und muss nicht erneut benannt werden.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, jedoch ist die Regelung für den PatV-Entwurf folgerichtig, da er einer anderen strukturellen Logik als der der KBV/DKG folgt.
09	BAG-KJPP	§ 1 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Das entspricht dem Bedarf von chronisch psychisch schwer Erkrankten in der Versorgungsrealität. Wenn spezialisierte Angebote einzelner Versorger (z.B. DBT-A Gruppe in einer KJ-PIA) nicht ergänzend zeitgleich zu der	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV**: siehe lfd. Nr. 02

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Hauptbehandlung (z.B. tragende therapeutische Beziehung zu Behandler in der Einzelpraxis) angeboten werden dürfen, werden die RL-Ziele Verkürzung/Vermeidung von stationären Aufenthalten und Vermeidung von Behandlungsabbrüchen an Übergängen verfehlt.	
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 1 Absatz 2 Nummer 7	PatV	Halten wir nicht für nötig	Parallelbehandlungen sind nicht zielführend	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, allerdings intendiert der Regelungsvorschlag der PatV keine Parallelbehandlungen, sondern die Ermöglichung eines verbesserten Sektorenübergangs durch ineinandergreifende Versorgungsangebote sowie die Intensivierung von Versorgungssituationen, in denen die kontinuierliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt bzw. – Psychotherapeuten nicht ausreichend ist und zudem kein

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						ausreichend stützendes soziales Netzwerk besteht (vgl. PIA-Vereinbarung Anlage 1, Nr. 3, 1. Spiegelstrich).
11	BDP	§ 1 Absatz 2 Nummer 7	PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 1 Absatz 2 Nummer 7	PatV	Der VDAB unterstützt die Einschätzung der PatV.	Eine übergreifende und kooperierende Versorgung verschiedener Leistungserbringer unterstützt eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV**: siehe lfd. Nr. 02
14	DVGP	§ 1 Absatz 2 Nummer 7	PatV	Zustimmung	Eine nahtlose Versorgung nach Entlassung aus stationärer Behandlung dürfte ohne diese Möglichkeit nicht immer gelingen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV**: siehe lfd. Nr. 02
15	bkj	§ 1 Absatz 2	PatV	wünschenswert	Soweit die Leistungserbringer*innen diese Kooperation ermöglichen können und regelmäßige Fallbesprechungen auch online stattfinden können (insb. Im	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV**: siehe lfd. Nr. 02

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					ländlichen Raum wegen der Entfernungen)	
17	DPTV	§ 1 Absatz 2	PatV	Ablehnung.	Pat., die im Rahmen dieser Richtlinie versorgt werden, sollten in der Lösung vom stationären Setting (dazu gehört auch die PIA), unterstützt werden und ihre Versorgung im ambulanten Setting erhalten. Psychiatrische Institutsambulanzen bieten in der Regel nicht die notwendige Behandlerkontinuität (Schichtdienste der Mitarbeiter*innen-Urlaubszeiten etc.)	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Der PatV erscheint das Ziel einer Lösung vom stationären Setting jedoch nicht im Widerspruch zu einer Verbesserung des Sektorenübergangs – sowohl im Vorfeld als auch Nachgang einer stationären Versorgung – zu stehen. Auch sollte berücksichtigt werden, dass der PIA entsprechende ambulante Leistungen ggf. nicht ausreichend oder zeitnah zur Verfügung stehen und dadurch die Behandlungskontinuität gefährdet ist.
20	DVSG	§ 1 Absatz 2 / Nummer 7	PatV	Die DVSG befürwortet den ergänzenden Formulierungsvorschlag der PatV zu § 1 Absatz 2 Ziffer 7.	Die gleichzeitige Erbringung von Leistungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Leistungserbringer*innen ist bei Vorliegen der Voraussetzungen sinnvoll	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV**: Die Möglichkeit gleichzeitig Leistungen durch eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V und durch niedergelassene Leistungserbringerinnen und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					und zu ermöglichen. Dies trifft insbesondere in der Übergangszeit nach einer stationären Behandlung zu oder auch zur Vermeidung eines stationären Aufenthalts. In der Formulierung und Umsetzung der Richtlinie ist zu prüfen, inwieweit die Akteur*innen mit Vereinbarungen gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) zusätzlich benannt werden sollten, um Verbindungen zu ermöglichen und zu unterstützen.	Leistungserbringer zu schaffen, führt in erster Linie zu einer parallelen Behandlung der Patientin oder des Patienten mit unklaren Verantwortlichkeiten und möglicherweise problematischen Wechselwirkungen im Behandlungsprozess. Im Sinne einer koordinierten und strukturierten Versorgung sollten stattdessen die psychiatrischen Institutsambulanzen in die Versorgung nach dieser Richtlinie eingebunden werden. In § 9 Absatz 4 wird die parallele Behandlung im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V ausgeschlossen, da beide Regelungen gewisse Überschneidungen aufweisen. Die Zielsetzungen und die Patientengruppen sind jedoch nicht gleichzusetzen, so dass die Gefahr gesehen wird, dass die strukturierenden Elemente der

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						jeweiligen Versorgung sowie die damit verbundenen Zielsetzungen zu einer Vermischung führen und die Wirksamkeit des jeweiligen Behandlungsansatzes absenken könnten.
23	DGKJP	§ 1 Absatz 2 /Nummer 7	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV. Wir sehen dazu in den Anlagen B) und C) allerdings keine Regularien.	Die Komplexität der Leistung kann eine weiter gehende Einzeltherapie in einer niedergelassenen Psychotherapeut:innen-Praxis, aber Medikation durch die PIA und/oder Teilnahme an einer Gruppentherapie in der PIA erfordern.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die entsprechende Regelung findet sich in § 13 Absatz 2. **Anmerkung GKV-SV**: siehe lfd. Nr. 02
27	DGVT-BV	§ 1 Absatz 2 Nummer 7	PatV	Wir plädieren grundsätzlich für eine Klärung der parallelen ambulanten Behandlung in PIA und (ambulanter) Richtlinien-Therapie. Vor dem Hintergrund der geplanten Tandem-Lösung ist dies jedoch schwierig umsetzbar auch aus unserer Sicht.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, allerdings bleibt unklar, weshalb eine mögliche Tandem-Konzeption der Regelung entgegenstehen sollte.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
28	BApK	§ 1 Absatz 2 Nummer 7	PatV	BApK unterstützt diese Formulierung.	Aufrechterhaltung der Konstanz in der therapeutischen Beziehung trotz temporärer Änderung des Settings	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 1 Absatz 2 Nummer 7	PatV	Zustimmung	Wir unterstützen die Möglichkeit der gleichzeitigen Leistungserbringung Psychiatrischer Institutsambulanzen. Das Behandlungsangebot nach § 118 SGB V sollte als Ressource genutzt werden, da es bereits in multiprofessionellen Teams arbeitet, regional vernetzt ist und vorrangig Patient*innen bei Bedarf aufsuchend behandelt. Häufig unterstützen Psychiatrische Institutsambulanzen einen gelungenen Übergang an der ambulant-stationären Schnittstelle und vermeiden so wiederkehrende stationäre Aufnahmen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV**: siehe lfd. Nr. 02

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage /Nummer	Positio n von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
34	UBSKM	§ 1 Absatz 2 Nummer 7	PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV.	Psychiatrische Institutsambulanzen sollten mit zur Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein. Eine Versorgung in der Ambulanz würde auch die Einrichtung und Anwendung eines (institutionellen) Schutzkonzeptes erleichtern.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV**: siehe lfd. Nr. 02

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP / BVDN	§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/ DKG: Nummer 7]	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		[PatV: Nummer 8]				
06	DFT	§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/ DKG: Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Ist zu befürworten und sollte weit genug gefasst sein.	Jugendliche und junge Erwachsene gerade mit komplexem Behandlungsbedarf brauchen oft länger Hilfen aus dem Kinder- und Jugendspektrum.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/ DKG: Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
08	PIBB	§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/ DKG: Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Die vorhandenen Versorgungsstrukturen in der Erwachsenenversorgung nach der KSVPsych-RL sind bei der Transition der Patienten zu berücksichtigen. Sie stellen eine wichtige Schnittstelle dar, um die ambulante Versorgung nahtlos fortzuführen.	Die Netzverbünde nach der KSVPsych-RL (Erwachsene) sind von ihrem Versorgungsansatz ähnlich denen in der KiJu-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Sie bitten die Gewähr, dass die jungen	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Erwachsenen aus der Kinder- und Jugendlichen-Versorgung auch weiterhin vernetzt und abgestimmt zwischen den verschiedenen Beteiligten behandelt werden können.	
09	BAG-KJPP	§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/ DKG: Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/ DKG: Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme
11	BDP	§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/ DKG: Nummer 7]	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		[PatV: Nummer 8]				
12	SpiZ	§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:**	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	An dieser Stelle schlägt die DVSG anstelle des Terminus ‚weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme' vor, weitere SGB-übergreifende Hilfe- und Unterstützungssysteme zu	Die Chance und Erforderlichkeit zur SGB-übergreifenden Kooperation, Vernetzung und Leistungserschließung ist durch konkrete Formulierungen in der	**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Berücksichtigung „weiterer Hilfe- und Unterstützungssysteme" beinhaltet grundsätzlich auch SGB-übergreifende Hilfe- und Unterstützungssysteme. Im Rahmen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		Nummer 8**]**		wählen, um den Blick über das SGB V hinaus zu unterstützen. Vorschlag: *Dabei sind weitere **SGB-übergreifende** Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.*	Richtlinie kenntlich zu machen und zu fördern. Ein Beispiel für eine bekannte Schnittstelle in der Transition Jugendliche*r/Erwachsene*r ist der § 41 SGB VIII. Wenn und solange die Persönlichkeitsentwicklung der jungen Volljährigen eine selbstbestimmte, eigenverantwortliche und selbständige Lebensführung nicht gewährleistet, erhalten sie geeignete und notwendige Hilfe nach dieser Rechtsgrundlage. Die fallbezogene übergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung ist zur Unterstützung und für den Erfolg der Maßnahmen eine Voraussetzung.	der Transition wird jedoch zunächst vor allem der Übergang von der Kinder- und Jugendlichenbehandlung in die Erwachsenenbehandlung innerhalb des SGB V adressiert. **KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages. **Begründung**: Die Formulierung wurde bewusst weit gehalten, um auch Unterstützungs- und Hilfesysteme zu umfassen, die nicht in den SGB verankert sind. **GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Die Tragenden Gründe werden entsprechend ergänzt.
23	DGKJP	§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**]**	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Betonung auf „Weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme“, wie GPV-Strukturen oder RPKs. Wir schlagen vor, hier einzelne Systeme (*GPV-Strukturen, RPKS*)	Dem nicht kundigen Laien – auch bei örtlichen Kostenträgern – dürften die Strukturen nicht bekannt sein	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages, siehe Tragende Gründe § 1 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		[PatV: Nummer 8**]**		namentlich und beispielhaft zu erwähnen		
25	CBP	§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	*Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose und aufeinander abgestimmte Behandlung und Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen, wenn diese Überleitung dem individuellen Bedarf entspricht. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.* *Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung*	Die Richtlinie soll auch die Erbringung von temporär gleichzeitigen ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen und durch andere Leistungserbringer zulassen, um einen nahtlosen Übergang sicherzustellen. Die strukturelle Beteiligung der Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe im Übergangsverfahren ist die Voraussetzung für den nahtlosen Übergang.	**GKV-SV/PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Auf eine Benennung einzelner Hilfe- und Unterstützungssysteme wird verzichtet; die Transitionsphase sollte möglichst patientenorientiert und flexibel verlaufen, so dass auch in Abhängigkeit vom Krankheitsbild je nach Patientin oder Patient individuelle Maßnahmen ergriffen werden sollten. Die Möglichkeit gleichzeitig Leistungen durch eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V und durch niedergelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu schaffen, führt in erster Linie zu einer parallelen Behandlung der Patientin oder des Patienten mit unklaren Verantwortlichkeiten und

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				sicherstellen. In diesem Übergangsverfahren sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme wie Eingliederungshilfe und/oder Kinder- und Jugendhilfe zu beteiligen.		möglicherweise problematischen Wechselwirkungen im Behandlungsprozess. Im Sinne einer koordinierten und strukturierten Versorgung sollten stattdessen die psychiatrischen Institutsambulanzen in die Versorgung nach dieser Richtlinie eingebunden werden. **KBV/DKG:** Die Richtlinie verdeutlicht mehrfach, dass eine Behandlung oder damit zusammenhängende Maßnahmen den individuellen Patientenbedarfen folgen sollen. (siehe Tragende Gründe § 1 Absatz 1)
27	DGVT-BV	§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/DKG: Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Wichtiger Aspekt, der jedoch noch spezifiziert werden muss, damit Überleitung von KiJu- zu Erwachsenenbehandlung in der Praxis umsetzbar wird. Bitte noch weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme benennen!	Für langfristige Sicherung des Therapieerfolgs zentral wichtig.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages, siehe Tragende Gründe § 1 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
29	bad	§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Eine standardisierte Überleitung von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung ist wünschenswert. Interdisziplinärer Austausch von Informationen muss gewährleistet werden.	Es besteht die Gefahr, dass Informationen „verloren“ gehen, bereits eingeleitete und erfolgversprechende Therapieansätze eine Unterbrechung erfahren.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7] **[PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DK G/ PatV	UBSKM unterstützt diesen Beschlussentwurf.	Gerade bei jungen Menschen ist ein nahtloser Übergang in weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme unbedingt notwendig. Hier sollte auch an Anträge des Sozialen Entschädigungsrecht gedacht werden.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/05	BVDP/ BVDN	§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
06	DFT	§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zu Nr 8: die Möglichkeit der aufsuchenden Versorgung ist unbedingt zu befürworten,		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					sollte aber auch im weiteren Bereich eindeutig definiert sein.		
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zu allen Punkten		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
08	PIBB	§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	10. Ein strukturierter Transitionsprozess mit definierten Behandlungsschritten ist erforderlich, um Verluste an Behandlung und Versorgung für die betroffenen jungen Patient*innen zu vermeiden.	Bisher ist der Transitionsprozess oft dem Zufall überlassen, geregelte und v.a. verbindliche Behandlungspfade sind nicht abgestimmt. Die RL bietet die Möglichkeit, an der Schnittstelle zwischen KiJu- und Erwachsenen Psychiatrischer/ Psychotherapeutischer Versorgung Verbindlichkeit bei den versorgenden Strukturen herzustellen.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Transitionsprozess wird bereits in den Zielen in § 1 Absatz 2 adressiert und findet zudem in einem eigenen § 3 Eingang, so dass auf die explizite zusätzliche Nennung an dieser Stelle des § 1 verzichtet wird.
09	BAG-KJPP	§ 1 Absatz 3	*Numm er 1-8*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
11	BDP	§ 1 Absatz 3	Numm er 1-9	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 1 Absatz 3	*Numm er 2*	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	*… und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan, der soweit möglich auch Leistungen aus anderen SGB-Bänden einbezieht, …*	Derzeit laufen die Hilfeplanungen der einzelnen Rechtskreise ohne verbindliche wechselseitige Abstimmung nebeneinander her, aus der Sicht der Betroffenen ein Unding.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Im Rahmen der Regelungen des G-BA kann eine Sozialgesetzbuch-übergreifende Zusammenarbeit leider nicht verbindlich eingefordert werden, sondern lediglich ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur die Akteure gemäß § 91 Absatz 6 SGB V rechtlich binden, d. h. die Träger des Gemeinsamen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte sowie Leistungserbringenden des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit den Trägern anderer Sozialgesetzbücher ist daher nicht möglich.
15	bkj	§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		Dank und Kenntnisnahme
				GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Fallbesprechungen müssen für alle beteiligten Akteure pflichtig sein und auch honoriert werden	Oft scheitern diese Kooperationen an den fehlenden Abrechnungsziffern im ambulanten Bereich insbesondere für niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychothera-peut*innen. Dabei müssen die privat versicherten Patient*innen mitgedacht werden durch Ergänzung in der GOÄ	**GKV-SV/PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Interdisziplinäre Fallbesprechungen werden verbindlich in § 7 geregelt. Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach§ 87 Absatz 5a SGB V

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							vorgenommen und sind nicht Gegenstand der Beratungen des G-BA. **KBV/DKG**: Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 1 Absatz 3	Numm er 6	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	An dieser Stelle schlägt die DVSG vor, den SGB-übergreifenden Fokus zu ergänzen. Formulierungsvorschlag zu 6.: *sektoren-, SGB- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen*	Um den Blick über das SGB V hinaus zu unterstützen, sollte der Terminus SGB-übergreifend explizit benannt werden. Denn beispielsweise die Anspruchsvoraussetzungen und die Leistungserschließung nach den Sozialgesetzbüchern VIII und IX sind für die gelungene Partizipation und Teilhabeverwirklichung von entscheidender Bedeutung. Dies würde die Einbeziehung der Perspektive der Sozialen Arbeit stützen, die eine bedeutende Akteur*in im Sozial- und Gesundheitswesen mit Blick auf die Befähigung, Leistungserschließung sowie Navigation ist.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages. **Begründung**: Im Rahmen der Regelungen des G-BA können keine Sozialgesetzbuch-übergreifenden Regelungen getroffen, sondern lediglich ein Rahmen geschaffen werden, der die Zusammenarbeit über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt. Die Regelung orientiert sich *zudem* eng am Wortlaut des gesetzlichen Auftrages in § 92 Absatz 6b SGB V, so dass von einer weiteren

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Ausdifferenzierung abgesehen wird.
			Numm er 7	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Der Übergang Kind/Jugendliche*r/Erwachse ne*r sollte – auch wenn dieser im Folgenden Berücksichtigung erhält – in dieser Aufzählung der Maßnahmen nicht fehlen. Änderungsvorschlag: *7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sowie zwischen den Altersphasen Kind/Jugendliche*r/Erwachse ne*r*	Bei der Transition Kind/Jugendliche*r/Erwachsene *r ist die Gefahr einer mangelnden Verzahnung der Hilfesysteme gegeben; deshalb sollte der Fokus auf Maßnahmen auch an dieser Stelle in der Richtlinie gerichtet werden, die den Übergang erleichtern (SGB-übergreifend, Bezugspersonenprinzip berücksichtigend).	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: siehe lfd. Nummer 8
23	DGKJP	§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 1 Absatz 3	Numm er 9	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Diesem Vorschlag wird zugestimmt.	Wir bekräftigen die Zielsetzung des kontinuierlichen und strukturierten Austauschs, gerade auch durch regelmäßige Fallbesprechungen. Dieser inhaltlich notwendige Austausch scheitert aktuell an den fehlenden Strukturen und der Finanzierung der Arbeitszeit für alle Beteiligten.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
25	CBP	§ 1 Absatz 3	Numm er 8	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und sowie die Beteiligung der Leistungserbringer aus der Eingliederungshilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe und weiterer Angebote aufsuchender Versorgung,	Die Beteiligung der Leistungserbringer aus der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe sichert die ambulante Behandlung	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages. **Begründung**: Der Begriff der relevanten Bezugspersonen wird analog der Psychotherapie-Richtlinie verwendet und in den Tragenden Gründen zu § 1 Absatz 2 Nummer 2 erläutert. Maßnahmen zum Austausch und zur Kooperation mit weiteren Hilfesystemen werden

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							unter § 1 Absatz 3 Nr. 8 als Maßnahme aufgeführt.
27	DGVT-BV	§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Bewertung der Leistung (EBM) ist von Bedeutung (auch wenn dies nicht die Aufgabe der Verfasserinnen des Entwurfs ist).		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 1 Absatz 3	Numm er 2		*Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten [familienorientierten] Versorgung*	Damit die unterschiedlichen Leistungen des Einzelfalls mit den Leistungen der Familienmitglieder nicht kontraproduktiv und zusätzlich belastend auf das Familiensystem wirken, bedarf es eines koordinierten, familienorientierten Überblicks und einer Abstimmung. Auch die Unterstützungsangebote relevanter Bezugspersonen oder Leistungen anderer Indexpatient*innen eines Familiensystems müssen in dem	**GKV-SV/KBV/DKG**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages. **Begründung**: Die Wichtigkeit des Familiensystems bei der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wird ausdrücklich geteilt. Da Kinder und Jugendliche jedoch nicht ausschließlich in einem Familiensystem

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Gesamtbehandlungsplan organisiert und koordiniert werden.	aufwachsen, wird auf eine Formulierungsergänzung an dieser Stelle verzichtet.
			Numm er 3		*Feststellung des [Unterstützungs- und] Versorgungsbedarfs*	Ist ein Familienmitglied psychisch erkrankt, sind alle Angehörigen hoch belastet, einschließlich der Eltern und Geschwister. Diese (noch gesunden) Familienmitglieder gilt es, durch Hilfs- und Unterstützungsangebote, welche den komplexen Bedarfslagen des Familiensystems entsprechen, zu unterstützen.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages. **Begründung**: Die Feststellung des Versorgungsbedarfes schließt mögliche Unterstützungsbedarfe nicht aus.
			Numm er 6		*Versorgung der Kinder und Jugendlichen [und deren relevanter Bezugspersonen],*	Damit die unterschiedlichen Leistungen des Einzelfalls mit den Leistungen der Familienmitglieder nicht kontraproduktiv und zusätzlich belastend auf das Familiensystem wirken, bedarf es eines koordinierten, familienorientierten Überblicks und einer Abstimmung. Auch	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die vorliegende Richtlinie regelt die Versorgung für insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Die Einbindung der relevanten

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						die Unterstützungsangebote relevanter Bezugspersonen oder Leistungen anderer Indexpatient*innen eines Familiensystems müssen in dem Gesamtbehandlungsplan organisiert und koordiniert werden.	Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten wird in der Richtlinie aufgegriffen; in § 9 Absatz 3 wird vorgesehen, dass relevante Bezugspersonen auf Hilfen hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind. Die Versorgung nach dieser Richtlinie zielt auf die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten; ist die Therapie einer Bezugsperson notwendig, erfordert dies eine eigene Behandlung.
			Numm er 7		*Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer, [teilstationärer, stationsäquvivalenter] und ambulanter Behandlung*	Behandlungssettings müssen auf jeden Einzelfall flexibel und passgenau flächendeckend zur Verfügung stehen und im Bedarfsfall zeitnah zu wechseln sein. Neben bedarfsgerechten, säulenübergreifenden stationären, stationsäquivalenten und teilstationären Behandlungssettings müssen auch aufsuchende	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages **Begründung**: Da die Begrifflichkeiten an mehreren Stellen der Richtlinie Eingang finden, wurde hier zur besseren Lesbarkeit die verkürzte Variante der „stationären“

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Versorgungsangebote ausreichend finanziert und implementiert werden.	Versorgung gewählt, die sowohl die „vollstationäre“, als auch die „teilstationäre“ und die „stationsäquivalente“ Behandlung umfassen.
		§ 1 Absatz 3	**weite res Ziel** 10		*Initiierung, Durchführung und Koordinierung bedarfsgerechter und individuell passgenauer psychosozialer, psychotherapeutischer und/oder pädagogisch-unterstützende und koordinierte Hilfen auch für relevante Bezugspersonen.*	Auch für relevante Bezugspersonen gilt es, bedarfsgerechte und individuell passgenaue psychosoziale, psychotherapeutische und/oder pädagogisch-unterstützende und koordinierte Unterstützungsangebote zu initiieren, zu koordinieren und durchzuführen.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet gemäß gesetzlichem Auftrag den Fokus auf das psychisch erkrankte Kind oder die psychisch erkrankte Jugendliche bzw. den psychisch erkrankten Jugendlichen; relevante Bezugspersonen können dabei in die Versorgung einbezogen werden. In diesem Zuge wird auch geregelt, dass auf Hilfen für Bezugspersonen hinzuweisen ist, sofern diese erforderlich sind. Sind darüber hinaus Krankenbehandlungsmaßnahmen für die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Bezugspersonen notwendig, erfordert dies jeweils eine eigene Behandlung. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist nur für Kinder und Jugendliche vorgesehen.
		§ 1 Absatz 3	**weite res Ziel** 11		*Implementierung von Mehrpersonen-Settings ambulant, stationär, teilstationär und aufsuchend*	Sind mehrere relevante Bezugspersonen eines Familiensystems von einer psychischen Erkrankung betroffen, ist es für eine integrierte Behandlung und Unterstützung aller Familienmitglieder notwendig, gemeinsame Behandlungsformen im Mehrpersonensetting mit zwei oder mehr Indexpatient*innen eines Familiensystems sektoren- und säulenübergreifend zu ermöglichen.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Bezug zur hier vorgelegten Richtlinie wird nicht klar; sofern eine systemische Psychotherapie im Rahmen der Behandlung notwendig wird, kann diese auch eingesetzt werden.
		§ 1 Absatz 3	**weite res Ziel** 12		*Eltern-Kind-Versorgungsleistungen und Eltern- bezogene Behandlungsangebote im stationären, stationsäquivalenten, teilstationären und*	Eltern-Kind-Versorgungsleistungen und Eltern- bezogene Behandlungsangebote im stationären, stationsäquivalenten, teilstationären und	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme, keine Übernahme des Formulierungsvorschlages Begründung: Die Richtlinie regelt primär die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					aufsuchenden Setting sind flächendeckend zu verankern.	aufsuchenden Setting sind flächendeckend zu verankern. Beispielhaft sind hier Eltern-Kind- Ambulanzen, säulenübergreifende multifamilientherapeutische Angebote, teil- und vollstationär als Eltern-Kind-Tagesklinik bzw. -Station, sowie aufsuchende Leistungen im Home Treatment zu erwähnen. Ein begleiteter Aufenthalt durch relevante Bezugspersonen ist zu fördern, da dies zu einer Stärkung und Sicherung des Behandlungserfolgs beiträgt.	Versorgung im ambulanten Bereich und bei den Sektorenübergängen.
34	UBSKM	§ 1 Absatz 3	Numm er 8	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Für die Angebote der aufsuchenden Versorgung weist UBSKM darauf hin, dass ein Schutzkonzept erstellt und angewendet werden sollte.		**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Aufnahme in den Beschlussentwurf: „Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben dafür Sorge zu tragen, sich mit der

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Prävention von und der Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.“ **KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme, im Entwurf der KBV/DKG wird unter § 7 Absatz 3 geregelt, konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Jugendlichen (Schutzkonzepte) gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu erarbeiten. Dies umfasst die aufsuchende Behandlung. **PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfn. Nr. 34 (Allgemeine Anmerkungen)
		§ 1 Absatz 3	Num mer 9	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	UBSKM regt an, dass Kindern und Jugendlichen grundsätzlich die Möglichkeit der Teilnahme an Fallbesprechungen ermöglicht werden sollte.		**GKV-SV**: Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Patientinnen und Patienten werden in der Regel nicht in Fallbesprechungen eingebunden, da in diesen der Fall fachlich medizinisch zwischen den Leistungserbringenden diskutiert wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Patientin oder der Patient sowie bei Bedarf die relevanten Bezugspersonen von den

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Entscheidungsprozessen bezüglich der Behandlung ausgeschlossen werden. Diese sind über die Regelungen in § 10 bei der Gesamtbehandlungsplanung beteiligt. **KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. Eine Erläuterung in den Tragenden Gründen wird geprüft.

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Zustimmung		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 2 Absatz 1		**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der**	Eine Reihe von psychischen Störungen kann bereits vor Vollendung des dritten Lebens-	**GKV-SV:** Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				KBV, DKG und PatV zu § 2 Absatz 1. In § 2 Absatz 1 wird übergreifend der Kreis der Patient*innen definiert, die einen Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie haben sollen. In beiden vorliegenden Regelungsvorschlägen erfolgt diese Definition insbesondere unter Bezugnahme auf die in den folgenden Absätzen 2 bis 3 definierten Indikationskriterien. Darüber hinaus regelt Absatz 1, welche Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen einen Anspruch auf eine Versorgung nach dieser Richtlinie hat. Der Regelungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) sieht einschränkend vor, dass Kinder erst mit Vollendung des dritten Lebensjahres	jahres auftreten. Je nach Schwere der psychischen Störung und einer ggf. zusätzlich vor-liegenden Beziehungsstörung sind hierbei multiprofessionelle Behandlungsansätze erforderlich. Die aktuell in Überarbeitung befindlichen S2k-Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter adressieren zwölf der wichtigsten psychischen Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Störungen der ersten Achse (MAS, ICD-10; DC. 0-5), d. h. um beim Kind diagnostizierbare psychische Störungen. Die konkreten Leitlinienempfehlungen beziehen sich auf die Diagnostik und Therapie von Beziehungsstörungen, Exzessiver Schreistörung, Schlafstörungen, Fütter- und Essstörungen, frühkindlichen Regulationsstörungen, sensorischen Verarbeitungsstörungen, Ausscheidungsstörungen, depressiven Störungen, Angststörungen,	**Anmerkung GKV-SV:** Die Regelung sieht eine Versorgung ab dem 4. bis zum 21. Lebensjahr vor. Säuglinge und Kleinkinder befinden sich in einer Phase intensiver körperlicher und geistiger Entwicklung, wohingegen Kinder ab dem vierten Lebensjahr in der Regel beginnen, über ein erweitertes Verständnis von Sprache und sozialen Interaktionen zu verfügen. Die frühkindliche Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes ist insbesondere auch durch die hohe Bedeutung der Eltern bzw. primären Bezugsperson und durch die hohe Abhängigkeit von diesen gekennzeichnet. Dies spiegelt sich auch in der Art der Hilfen wieder, die den spezifischen Behandlungsbedürfnissen von Säuglingen und Kleinkindern Rechnung tragen müssen. Für die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern stehen bereits spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten zur

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				einen Anspruch auf die Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten. Der Regelungsvorschlag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und PatV sieht darüber hinsichtlich der Diagnosen einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel der ICD-GM keine zusätzlichen Einschränkungen, während der Regelungsvorschlag des GKV-SV in Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 weitere Einschränkungen beinhaltet.	Anpassungsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Bindungsstörungen, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung), ODD (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten), DÄAS (Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung), sowie weiteren Störungen. Bei einem relevanten Teil dieser psychischen Störungen ist eine Diagnosestellung bereits vor Vollendung des dritten Lebensjahres möglich. Die Leitlinien betonen dabei, dass „bei jungen Kindern mit psychischen Problemen in der Regel eine Betreuung in einem multi- und interdisziplinären Netzwerk notwendig ist, bei dem die professionellen Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen nach störungsspezifischer, differentieller Indikationsstellung sinnvoll kombiniert und ergänzt werden“. Dabei ist eine fortwährende Kooperation und Abstimmung aller mit dem Kind und seiner Familie betrauten Fachkräfte im Sinne einer	Verfügung; hinzu kommen hilfesystemübergreifende Unterstützungsmöglichkeiten wie die „Frühen Hilfen“ i. S. d. § 1 Absatz 4 KKG. Das alleinige Vorhandensein einer Intelligenzminderung gemäß ICD-10 stellt keine Voraussetzung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie dar. Liegt neben der Intelligenzminderung eine bestehende komorbide psychische Störung aus der ersten Achse des MAS vor, kann bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					fallbezogenen Netzwerkarbeit regelhaft anzustreben. Nicht zuletzt spielen Unterstützungsleistungen jenseits des SGB V in Ergänzung zu den Behandlungsleistungen nach SGB V bei psychisch erkrankten Kindern im Vorschulalter eine zentrale Rolle. Die in diesen Fällen erforderlichen Kooperationen und die Abstimmung der Gesamtbehandlung können im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie effektiv umgesetzt werden. Zu berücksichtigen ist ferner die Relevanz psychischer Störungen der Eltern bei der Entwicklung psychischer Symptome und Erkrankungen in den ersten Lebensjahren eines Kindes. Auch in diesen Fällen ist häufig bei entsprechenden Schweregraden eine koordinierte berufsgruppenübergreifende Versorgung geboten, bei der auch die Schnittstellen zu weiteren Unterstützungsleistungen für das Kind und die Familie systematisch berücksichtigt werden sollten. Ein Ausschluss von psychisch erkrankten	bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine psychische Störung aus der ersten Achse des MAS vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten. **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Kindern in den ersten Lebensjahren würde insoweit eine relevante Patientengruppe betreffen, die in besonderer Weise von diesem Versorgungsangebot profitieren könnte und bei der ein hohes Risiko besteht, dass bei unzureichender Versorgung psychische Störungen chronifizieren und Entwicklungsprozesse des Kindes nachhaltig beeinträchtigt werden. Um den besonderen Herausforderungen bei der Diagnostik psychischer Störungen in den ersten Lebensjahren Rechnung zu tragen, könnte entsprechend den S2k-Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter für die Versorgung nach dieser Richtlinie eine Empfehlung ergänzt werden, für diese Altersgruppe zusätzlich zur ICD-10-Klassifikation die Diagnostik nach dem Klassifikationssystem DC: 0-5 durchzuführen. Gegenwärtig fehlt es an einer altersspezifischen Adaptation bzw. Modifikation der ICD-10-Kriterien für das Vorschulalter. Viele Diagnosen im	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Vorschulalter können dadurch für dieses Alter nicht adäquat erfasst werden. Um dieses Defizit zu kompensieren, wurden die Kriterien von Störungen speziell für das junge Alter in einem eigenen Klassifikations-system DC: 0-5 aufgenommen. Neben etablierten Störungsbildern definiert die DC: 0-5 auch neue Störungsbilder (wie die Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung) sowie Vorläuferstörungen, die der ADHS und den Autismus Spektrum Störungen (ASS) voraus-gehen können. Dabei sind die Kriterien der DC: 0-5 besonders streng, da bei jedem Störungsbild zur Diagnose eine Beeinträchtigung und nicht nur eine Symptomatik vorhanden sein muss. Die DC: 0-5 fordert, dass mindestens eine Beeinträchtigung und Einschränkung der Funktionsfähigkeit des Kindes und der Familie vorliegen muss. Zu diesen gehören: Stress und Leid beim Kind, Stress und Leid in der Familie, Beeinträchtigung der Beziehung des Kindes,	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Einschränkungen des Kindes bei alterstypischen Aktivitäten und Routinen, eingeschränkte Teilnahme der Familie an Alltagsaktivitäten und Routinen, Einschränkungen des Kindes, neue Fertigkeiten zu lernen und zu entwickeln, sowie beeinträchtigte Entwicklungsprozesse (Bindt, von Gontard, Möller et al., 2023). Darüber hinaus befürwortet die BPtK, bei der Definition der Patientengruppe der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß dem Vorschlag von KBV, DKG und PatV das gesamte Spektrum der psychischen Erkrankungen aus dem V. Kapitel des ICD-10-GM zu berück-sichtigen und auf die vom GKV-SV in Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 vorgeschlagenen Einschränkungen zu verzichten. Zum einen kann der Kreis der anspruchsberechtigen Patient*innen bereits durch die weiteren in den Absätzen 2 bis 4 näher beschriebenen Indikationskriterien hinreichend trennscharf definiert werden. Zum anderen ist nicht zuletzt der	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					grundsätzliche Ausschluss von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns an einer psychischen Störung leiden und über die neuropsychologische Therapie hinaus aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen und des psycho-sozialen Unterstützungsbedarfs einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen, fachlich nicht zu rechtfertigen.	
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Ein Ausschluss der Patientengruppe bis zum vollendeten 3. Lebensjahr ist nicht zielführend. Es wird sich hier voraussichtlich um eine geringe Fallzahl handeln. Gerade wenn in einem solch frühen Alter ein komplexer Versorgungsbedarf festgestellt wird, sollte eine entsprechende Behandlung auch möglich sein, um Entwicklungsstörungen möglichst früh zu korrigieren.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Regelung sieht eine Versorgung ab dem 4. bis zum 21. Lebensjahr vor. Säuglinge und Kleinkinder befinden sich in einer Phase intensiver körperlicher und geistiger Entwicklung, wohingegen Kinder ab dem vierten Lebensjahr in der Regel beginnen, über ein erweitertes Verständnis von Sprache und sozialen Interaktionen zu verfügen. Die frühkindliche Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes ist insbesondere auch durch die hohe Bedeutung

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						der Eltern bzw. primären Bezugsperson und durch die hohe Abhängigkeit von diesen gekennzeichnet. Dies spiegelt sich auch in der Art der Hilfen wieder, die den spezifischen Behandlungsbedürfnissen von Säuglingen und Kleinkindern Rechnung tragen müssen. Für die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern stehen bereits spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung; hinzu kommen hilfesystemübergreifende Unterstützungsmöglichkeiten wie die „Frühen Hilfen“ i. S. d. § 1 Absatz 4 KKG.
			KBV/DKG /PatV	Zustimmung, keine Änderung.		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG /PatV	Zustimmung, keine Änderung.		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
06	DFT	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Die Gültigkeit der Richtlinie ab Geburt ist unbedingt zu befürworten	Auch Babys und Kleinkinder können aufgrund von Lebensereignissen, familiären Situationen oder eigenen Erkrankungen einen komplexen Behandlungsbedarf benötigen, der	**GKV-SV:** Kenntnisnahme **Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					gerade in dieser sensiblen Entwicklungsphase zur Verfügung stehen sollte.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Es ist inhaltlich nicht begründbar, die sehr jungen Kinder auszuschließen. Es wird nur eine sehr kleine Gruppe betreffen, aber gerade diese Patientengruppe braucht ggf. eine intensive Behandlung im häuslichen Umfeld und die Vermeidung einer stationären Behandlung. Stationäre Behandlungen bei sehr früh schon sehr schwer erkrankten Kindern müssten in dieser Altersgruppe in der Regel Eltern-Kind-Aufnahmen sein. Es gibt dafür kaum geeignete Behandlungsplätze in Deutschland. Sie flächendeckend aufzubauen, wäre in Anbetracht der kleinen Gruppe auch nicht sinnvoll. Die Richtlinie könnte hier eine bestehende Lücke schließen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme **Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05
			KBV/DKG /PatV	Zustimmung	s.o.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Unter 3-Jährige können ebenso chronisch psychisch erkrankt sein (z.B. frühkindlicher Autismus,	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					schwere Bindungsstörung bei vernachlässigenden oder durch psychisch erkrankte Eltern belasteten psychosozialen Umständen), in dieser Gruppe hat eine koordinierte intensive Vernetzung eine besondere Bedeutung für den Verlauf und die weitere Chronifizierung der Erkrankung und Teilhabestörung. Dieser Bedarf wird weder durch die Frühen Hilfen alleine noch durch die SPZ ausreichend abgedeckt.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05
		§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Zustimmung		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Eine Einschränkung der Altersspanne ist aus Behandlersicht nicht einsichtig.	Auch Säuglinge und Kleinkinder beispielsweise mit schweren Regulationsstörungen bedürfen einer gleichwertigen Behandlung.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme **Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05
		§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Siehe oben		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 2 Absatz 1	**KBV/DKG/PatV**	Zustimmung.	Im Einzelfall, beispielsweise bei sexuellem Missbrauch, kann eine Versorgung vor dem Alter von drei Jahren nötig sein.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	VDAB	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Der VDAB unterstützt den Vorschlag von KBV/DKG/PatV.	Die Versorgung muss von Geburt an sichergestellt sein. Psychische Erkrankungen setzten nicht erst mit Vollendung des 3. Lebensjahres ein.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**Anmerkung GKV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
			KBV/DKG /PatV	Zustimmung Altersgruppe 0-21 Jahre	Es liegen keine wissenschaftlich begründeten Einschränkungen zur entsprechenden Versorgung in der Altersgruppe 0-3 Jahre vor. Gerade die neuere Kategorisierung der frühen Regulationsstörungen 0-5 hat die Altersgrenze von 0-3 Jahren nach oben korrigiert. Frühe Störungen haben einen sehr komplexen Charakter, in dem die Bezugspersonen notwendigerweise einzubeziehen sind. Hier handelt es sich zudem um eine Schnittstelle zur Behandlung psychisch kranker Erwachsener (Mütter und Väter), die parallel ebenfalls und in Kombination behandelt werden sollten um eine Chronifizierung zu	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					vermeiden bzw. Folgeschäden zu minimieren.	
17	DPTV	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Unterstützung: 1.Der Altersbereich sollte auf 0- 21 Jahre festgelegt werden. 2. Die Diagnosen des Kapitels F01- 99 sind einzubeziehen.	zu 1.: Soweit junge Patient*innen im Alter von 0- 21 Jahren die Kriterien der Einschreibung in die Komplexbehandlung erfüllen und von dem hier beschriebenen Behandlungsangebot profitieren, ist Ihnen der Zugang zu gewähren. Eine Altersbegrenzung ist nicht gerechtfertigt. zu 2.: Sowohl die organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F 0 - ICD 10) wie auch die Intelligenzminderungen (F 7 - ICD 10) und die Entwicklungsstörungen in Kapitel F 80 bis F 83 - ICD 10 können einen komplexen Behandlungsbedarf auslösen und sind einzubeziehen. Gründe entsprechend erkrankte Pat. auszuschließen liegen nicht vor.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Diese Position wird unterstützt. Eine Altersbegrenzung (vollendetes 3. Lebensjahr)		**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				ist nicht sinnvoll, da bereits vorher krankheitswertige Störungen auftreten können.		
19	VPKD	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Diese Position wird unterstützt. Eine Altersbegrenzung (vollendetes 3. Lebensjahr) ist nicht sinnvoll, da bereits vorher krankheitswertige Störungen auftreten können.		**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Die DVSG unterstützt Formulierung der PatV	Für die DVSG ist kein Grund ersichtlich und nachvollziehbar, warum Kinder unter 3 Jahren an dieser Stelle ausgeschlossen werden sollen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme **Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05
			KBV/DKG /PatV	Die DVSG unterstützt Formulierung der KBV/DKG/PatV	Bei der vorgeschlagenen Formulierung sind auch Kinder von unter 3 Jahren inkludiert. Eine Verknüpfung mit den ‚Frühen Hilfen' ist bedarfsbezogen erforderlich.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
21	bvvp	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Der bvvp unterstützt den Beschlussentwurf der KBV, der Kinder ab der Geburt einbezieht. Es ist fachlich		**Anmerkung GKV:** Die Regelung sieht eine Versorgung ab dem 4. bis zum 21. Lebensjahr vor. Säuglinge und Kleinkinder

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				nicht nachvollziehbar, warum Kinder unter drei Jahren aus der neuen Richtlinie ausgeschlossen werden sollten. Für eine bestmögliche Entwicklung ist es unerlässlich, die notwendigen Hilfen zum Zeitpunkt des Bedarfs und frühestmöglich zu installieren und nicht erst in einem Alter, in dem die wichtigsten psychischen Entwicklungsprozesse des Kindes bereits abgeschlossen oder irreversibel nicht gelungen sind. Geändert werden muss auch die im KBV-Entwurf festgelegte Altersgrenze für die jungen Erwachsenen. Nach der Psychotherapierichtlinie sind Patient*innen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Jugendliche. Davon sollte hier nicht abgewichen werden. Somit		befinden sich in einer Phase intensiver körperlicher und geistiger Entwicklung, wohingegen Kinder ab dem vierten Lebensjahr in der Regel beginnen, über ein erweitertes Verständnis von Sprache und sozialen Interaktionen zu verfügen. Die frühkindliche Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes ist insbesondere auch durch die hohe Bedeutung der Eltern bzw. primären Bezugsperson und durch die hohe Abhängigkeit von diesen gekennzeichnet. Dies spiegelt sich auch in der Art der Hilfen wieder, die den spezifischen Behandlungsbedürfnissen von Säuglingen und Kleinkindern Rechnung tragen müssen. Für die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern stehen bereits spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung; hinzu kommen hilfesystemübergreifende Unterstützungsmöglichkeiten wie

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				muss hier die Altersgrenze in Absatz 4 von 18 auf 21 Jahre hochgesetzt werden. Nur so steht dieser Absatz nicht zum Widerspruch zu § 3 Absatz 4, der weitgehend aus der Psychotherapierichtlinie übernommen wurde. Der bvvp unterstützt außerdem den Einbezug von F0-Diagnosen. Auch dies ist sachgerecht. Die Feststellung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen anhand der MAS und dessen sechster Achse wird als hilfreich erachtet und wurde bereits in kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsverträgen im vertragsärztlichen Versorgungsbereich erfolgreich erprobt.		die „Frühen Hilfen“ i. S. d. § 1 Absatz 4 KKG. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine psychische Störung aus der ersten Achse des MAS vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten. **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **KBV/DKG/PatV:** Eine Anpassung des Absatz 4 ist wegen Kongruenz zur Psychotherapie-Richtlinie § 1

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Abs. 4, wie in den Tragenden Gründen dargelegt, nicht erforderlich.
23	DGKJP	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Zustimmung	Die psychische Entwicklung z.B. von Kindern psychisch kranker Eltern/Mütter in den ersten beiden Lebensjahren bedarf häufig der Kooperation zwischen dem kinder- und dem erwachsenenpsychiatrischen System zur Sicherung des Kindeswohls. Schon Säuglinge können bei Vernachlässigung eindeutige Symptomatiken entwickeln und bedürfen dann gerade zur Vermeidung späterer gravierender Folgen mit hohen Kosten einer koordinierten Intervention; im erwachsenenpsychiatrischen System werden oft nur die Mütter gesehen. Drohende Reaktive Bindungsstörungen z.B. wären durch diese Richtlinie früh zu erkennen und zu behandeln sowie im Verlauf zu beeinflussen, unter Einbezug der Kinderärzte.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Diesem Vorschlag wird zugestimmt.	Es liegt kein sachlicher Grund vor, warum Kinder unter 3 Jahren (bzw. deren Sorgeberechtigte) bei einer Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM nicht von der neuen Versorgungsform profitieren können. Deshalb unterstützen wir die Formulierung „von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr“.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
25	CBP	§ 2 Absatz 1	GKV-SV	***Die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere die Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden berücksichtigt***	Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden bei der psychiatrischen Versorgung mangels Barrierefreiheit unzureichend gesehen und brauchen barrierefreie Settings	**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich an insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche; hiervon sind bei Vorliegen der Voraussetzungen auch Kinder und Jugendliche mit Mehrfachdiagnosen oder einer geistigen Behinderung und/oder einer Sinnesbehinderung umfasst. Das alleinige Vorhandensein einer geistigen Behinderung und/oder Sinnesbehinderung stellt keine Voraussetzung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie dar.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	***Die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere die Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden berücksichtigt***	Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden bei der psychiatrischen Versorgung mangels Barrierefreiheit unzureichend gesehen und brauchen barrierefreie Settings	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **KBV/DKG:** Die Ergänzung der Tragenden Gründe wird geprüft. **PatV:** siehe lfn. Nr. 25 (§ 1 Absatz 1). Die Ergänzung der Tragenden Gründe wird geprüft.
27	DGVT-BV	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Zustimmung	Ausschluss der Kleinkinder ist fachlich nicht zu rechtfertigen. Insbesondere Kinder mit Regulationsstörungen haben komplexen Versorgungsbedarf. Gefahr stationärer Aufnahme hier wesentlich höher.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme.
28	BApK	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Es gibt keinen Grund, bestimmte Gruppen auszuschließen, da diese Einzelfälle sind.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	Zustimmung	Die systemischen Verbände unterstützen den Beschlussentwurf der KBV, welcher Kinder ab der Geburt einbezieht. Eine frühzeitige Unterstützung der Familien nach der	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Geburt, ist daher besonders wichtig, um Entwicklungsdefiziten frühzeitig entgegenzutreten. Frühzeitig geleistete Hilfe ersetzt oft eine spätere, meist aufwendigere Hilfe. Je früher Unterstützungsangebote ansetzen, umso effektiver können die Entwicklungs- und Zukunftschancen von Kindern erhöht werden.	
34	UBSKM	§ 2 Absatz 1	KBV/DKG /PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf von KBV/DKG und PatV.	Die Richtlinie sollte für Kinder ab dem Zeitpunkt der Geburt gelten. Es ist nicht ersichtlich, dass die Qualität und der Umfang der Versorgung im jetzigen Hilfesystem für Säuglinge und Kleinkinder bis 3 Jahren der Qualität und dem Umfang der Versorgung nach dieser Richtlinie entspricht.	**Anmerkung GKV:** siehe lfd. Nr. 04/05 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Zustimmung		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 2 Absatz 2 -3		**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 2 Absätze 2 und 3.** In § 2 Absätze 2 bis 3 werden die weiteren Indikationskriterien für die Definition der Patientengruppe spezifiziert. Übereinstimmend wird in den verschiedenen Regelungsvorschlägen zur Bestimmung des erforderlichen Ausmaßes der Beeinträchtigung in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patient*innen auf eine Erfassung mittels des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des	Bei der MAS handelt es sich um ein in der Praxis gut eingeführtes Instrument, das über die 6. Achse gut geeignet ist, das Ausmaß der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patient*innen aufwandsarm in standardisierter Form zu erfassen und in der vorgeschlagenen Form eine wesentliche Eingrenzung der Patientengruppe vorzunehmen, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf. Bei der Operationalisierung der Mindestkriterien für einen komplexen Behandlungsbedarf von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen kann wie bei den Erwachsenen auf die Erforderlichkeit von mehreren	**GKV-SV:** Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV:** Die Versorgung nach dieser Richtlinie zielt auf insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche ab. Mit dem MAS steht eine vollständige, mehrdimensionale Beschreibung und Einordung des Störungsbildes auf verschiedenen Ebenen und ein Bewertungsschema zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus zur Verfügung. Die psychosozialen Umstände können dabei nicht nur einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung, den Ausprägungsgrad und die Aufrechterhaltung der psychischen Störung haben, sondern auch zu einem

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Kindes- und Jugendalters (MAS) abgestellt und hierbei auf der sechsten Achse eine mindestens ernst-hafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen vorausgesetzt (Stufe 4 bis 8). Darüber hinaus wird die Komplexität des psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs über die Erforderlichkeit von Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer*innen unterschiedlicher Berufsgruppen pro Quartal und – im Vorschlag von KBV und DKG – der Notwendigkeit eines psychosozialen Interventionsbedarfs operationalisiert.	Maßnahmen der Krankenbehandlung abgestellt werden, die von unterschiedlichen Berufsgruppen im Rahmen der Versorgung nach SGB V erbracht werden. Gerade in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bietet sich darüber hinaus jedoch an, mit Blick auf die Erforderlichkeit der Koordination und Ab-stimmung der Versorgung auch über die Grenzen der Leistungen des SGB V hinaus eine zusätzliche Eingrenzung über die darüber hinaus bestehende Notwendigkeit eines psychosozialen Interventionsbedarfs vorzunehmen. Wenngleich diese Grundüberlegung auch in den Vorschlägen von GKV-SV (mindestens zwei psychosoziale Umstände gemäß der 5. Achse des MAS) und PatV (bereits laufende Erbringung einer weiteren psychosozialen Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patient*in – auch	besonderen Bedarf an Unterstützung und Koordination bezüglich der notwendigen Behandlungen führen. Neben der Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus ist daher auch die Einbeziehung der psychosozialen Umstände bei der Definition der Patientengruppe zu berücksichtigen. Sie sind ein zentraler Bestandteil bei für eine sozialgesetzbuchübergreifenden Behandlung, die u.a. durch die nicht-ärztliche koordinierende Person ermöglicht werden soll. **KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					nach anderen Leistungsgesetzen) zu finden ist, vermag der Regelungsvorschlag von KBV und DKG am stärksten zu überzeugen. Dieser Vorschlag stellt auf den konkret diagnostizierten psycho-sozialen Interventionsbedarf ab, ohne dass wie im Vorschlag der PatV tatsächlich bereits entsprechende Leistungen ggf. nach anderen Leistungsgesetzen erbracht werden müssen. Dabei kommt den Bezugsärzt*innen und -psychotherapeut*innen nicht zuletzt auch die Aufgabe zu, einen bestehenden psychosozialen Interventionsbedarf, der nicht von den geeigneten Leistungserbringer*innen auch aus anderen SGB abgedeckt wird, zu identifizieren und in Absprache mit den Patient*innen und den Sorgeberechtigten die indizierten psychosozialen Leistungen anzustoßen und im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans zu koordinieren. Diesem Ansatz ist auch gegenüber dem Vorschlag	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					des GKV-SV der Vorzug zu geben, da es mit Blick auf die berufsgruppenübergreifende strukturierte und koordinierte Versorgung auf die konkreten psychosozialen Interventionsbedarfe ankommt und weniger auf die Anzahl von psychosozialen Umständen auf der 5. Achse des MAS, die ggf. einen solchen Interventionsbedarf begründen könnten. Auch hält es die BPtK für sachgerecht, dass im Rahmen der Versorgung Patient*innen im Fokus sind, die pro Quartal wegen ihrer psychischen Erkrankung mindestens zwei Maß-nahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer*innen unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 4 benötigen.	
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG/PatV ist ausreichend und sinnvoll	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr 02

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			KBV/DKG /PatV	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Siehe unten unter den Folgepunkten.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG /PatV	Zustimmung	Regelungen ausreichend, um die besonderen Anforderungen an die Behandlung abzubilden.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Zustimmung	Die Achse 6 MAS in den Stufen 4-8 ist ein hinreichend geeignetes Instrument zur Erfassung der schweren Teilhabebeeinträchtigung chronisch schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Mindestens 2 assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände der Achse 5 des MAS müssen vorliegen.	Der Leidensdruck des Patienten und der Einfluss der Umgebung müssen Berücksichtigung finden. Die assoziierten psychosozialen Umstände, die in Achse 5 des MAS aufgeführt sind, geben oft mehr Aufschluss über die	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **KBV/DKG:** Die psychosozialen Interventionsbedarfe sind in § 2 Abs. 3 adressiert und in den Tragenden Gründen entsprechend erläutert.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Schwere der Störung und den Leidensdruck der Patienten.	
	DGSPJ	§ 2 Absatz 2	GKV-SV	**Ergänzung**: ***oder die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS)***	Die MBS wird als Standard in Sozialpädiatrischen Zentren und in sozialpädiatrischen Fachkliniken eingesetzt. Sie ist an die MAS angelehnt, hebt aber die klare Ätiologische Zuordnung hervor. Z.B. lässt sich die leitliniengerechnete somatisch-ätiologische Diagnostik bei Intelligenzminderung mit ihrem Schwerpunkt auf der frühen genetischen Diagnostik (in der MBS Buchstabe A) besser abbilden.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Mit dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters steht eine vollständige, mehrdimensionale Beschreibung und Einordung des Störungsbildes auf verschiedenen Ebenen und ein Bewertungsschema zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus zur Verfügung, das im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland flächendeckend Anwendung findet. Ein zusätzlicher Verweis auf die MBS ist daher nicht erforderlich.
	DGSPJ	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	**Ergänzung**: ***oder die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS)***	s.o.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Die aktuell einschlägige und breit angewendete Diagnostik wurde benannt, zweifellos bestehen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						weitere sinnvolle Instrumente, die ergänzend zum Einsatz kommen können.
11	BDP	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Zustimmung	Vermutlich größerer Einschluss durch geringere Konkretisierung der „notwendigen Einschränkungen“.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Der VDAB befürwortet den Vorschlag von KBV/DKG/PatV.	Die Definition von deutlichen Einschränkungen unterstützt die einheitliche und Ausgangslage und ist ausreichend für eine Bedarfseinschätzung.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Zustimmung	Formulierung reicht aus und schränkt die Entscheidung über die Notwendigkeit der Anwendung der Richtlinie unnötig ein.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Diese Position wird unterstützt, da hierdurch eine genauere Definition und Integrationsstellung der entsprechenden Patientengruppe gewährleistet ist. Die Position des GKV-SV ist in der Alltagsumsetzung zu bürokratisch und kompliziert.		**GKV-SV:** Der Hinweis auf eine zu bürokratische Umsetzung ist nicht nachvollziehbar, da auch die Position von DKG und KBV sowie PatV die MAS als Grundlage zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen vorsehen. Diese findet im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Deutschland flächendeckend Anwendung. Es wird daher davon ausgegangen, dass eine Erhebung möglicher vorliegender psychosozialer Umstände, die für die Genese der Störung oder den Therapieverlauf als wichtig erachtet werden, ohnehin erfolgt; ebenso wie eine Diagnosestellung nach ICD-10. **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
19	VPKD	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Diese Position wird unterstützt, da hierdurch eine genauere Definition und Integrationsstellung der entsprechenden Patientengruppe gewährleistet ist. Die Position des GKV-SV ist in der Alltagsumsetzung zu bürokratisch und kompliziert.		**GKV-SV:** siehe lfd. Nr 18 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Die DVSG stimmt der vorgeschlagenen Formulierung zu.	Die von KBV/DKG/PatV gewählte Formulierung ist die einfachere und stimmigere Zuordnung. Der Textvorschlag der GKV schließt zu viele Personen aus, die von der	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung GKV-SV:** siehe lfd. Nr. 02

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Richtlinie profitieren können/sollen, nur weil sie keine problematischen psychosozialen Umstände aufweisen.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Kann aufgenommen werden, wenn der Abschnitt von KBV/DKG/PatV gleichzeitig aufgenommen wird.	Für Kinder- und Jugendliche gilt IMMER das MAS. Die Zielgruppe lässt sich dadurch aber nicht beschreiben – erhebliche Auseinandersetzungen mit den MDs über die schlecht definierten Einschlusskriterien wären zu befürchten.	**GKV-SV:** Die Anregung der Stellungnehmer ist nicht nachvollziehbar, da zwar alle vorgelegten Konzepte für eine Versorgung nach dieser Richtlinie den Einsatz des „Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ vorsehen, der Regelungsvorschlag der GKV geht aber inhaltlich über die Regelungsvorschläge von DKG, KBV und PatV hinaus.
			KBV/DKG/PatV	Zustimmung	Es benötigt klare Kriterien für die Zugehörigkeit zur Zielgruppe. Die 6. Achse des MAS ist zwar nicht so gut operationalisiert wie z.B. die ICF, aber breit eingeführt, praktikabel und hat eine hinreichende Interraterreliabilität. Sie reicht zur Definition der Zielgruppe völlig aus.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Diesem Vorschlag wird zugestimmt.	Die Formulierung „Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist“ erleichtert die Zuordnung. Damit wird sichergestellt, dass die Zielgruppe zuverlässig erreicht wird.	**GKV-SV:** siehe lfd. Nr. 02 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
25	CBP	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	*Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist.* ***Die bisherigen ICF-orientierten Feststellungen der anderen Rehabilitationsträger nach § 6***	Die bisherigen Feststellungen der anderen Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX sowie der anderen öffentlichen Stellen nach § 22 SGB IX werden berücksichtigt.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. **KBV/DKG:** Die aktuell einschlägige und breit angewendete Diagnostik wurde benannt, zweifellos bestehen weitere sinnvolle Instrumente, die ergänzend eingesetzt werden können. **Anmerkung PatV:** Die Berücksichtigung der bisherigen, ggf. ICF-orientierten Feststellungen von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist im dritten Kriterium des komplexen Behandlungsbedarfs, wie ihn die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				SGB IX sowie der anderen öffentlichen Stellen nach § 22 SGB IX werden berücksichtigt.		PatV in ihrem Richtlinienentwurf in Absatz 3 fasst, implizit enthalten.
27	DGVT-BV	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Zustimmung	Keine weitere Erschwerung bzw. zusätzliche Einengung des TN-Kreises der Teilnahmeberechtigten.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
28	BApK	§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Einfach handhabbare Kriterien.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 2 Absatz 2	GKV-SV	UBSKM weist darauf hin, dass Einschränkungen in Funktions- und Lebensbereichen nicht zu schematisch nach dem MAS betrachtet werden dürfen. Wichtig ist eine Zusammenschau der insgesamt zugrunde gelegten Kriterien, um die Beeinträchtigung, den Leidensdruck und die Schwere der Erkrankung fachlich einzuschätzen.	Es besteht nicht zwangsläufig eine Korrelation zwischen hohem Funktionsniveau und milder Ausprägung einer Erkrankung. Gerade traumatisierte Kinder und Jugendliche weisen oft ein hohes Funktionsniveau auf.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 02
		§ 2 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	s.o.		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Die aktuell einschlägige und breit angewendete Diagnostik wurde benannt, vgl. auch die Erläuterung in den Tragenden Gründen. Darüber hinaus werden weitere Aspekte in § 2 Abs. 3 adressiert und in den Tragenden Gründen entsprechend erläutert.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in		

einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorsch lag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG/PatV ist ausreichend und sinnvoll. Der Vorschlag des GKV-SV bedeutet einen hohen bürokratischen Aufwand. Ein Bedarf für diese Extra-Dokumentation besteht nicht. Diese wird im Lauf der Behandlung im Rahmen der RL regelhaft erhoben und dokumentiert.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Stellungnahme ist nicht nachvollziehbar, da bei einer ohnehin regelhaften Erhebung und Dokumentation der festgelegten Parameter kein zusätzlicher Aufwand erfolgt. Darüber hinaus sieht auch der Regelungsvorschlag von DKG und KBV sowie PatV das MAS als Grundlage zur Bestimmung des

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorsch lag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Ausmaßes der Beeinträchtigungen vorsehen. Es wird daher davon ausgegangen, dass eine Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus sowie möglicher vorliegender psychosozialer Umstände, die für die Genese der Störung oder den Therapieverlauf als wichtig erachtet werden, ohnehin erfolgt; ebenso wie eine Diagnosestellung nach ICD-10.
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Dass eine Diagnose auf Achse 1 vorliegen muss, ist Grundlage jeder Behandlung, muss also nicht gesondert Erwähnung finden. Die Achse 5-Einschätzung ist entbehrlich. Das psychosoziale Funktionsniveau (Achse 6) lässt eine ausreichende Einschätzung zu, es ist davon auszugehen, dass bei einem Ausmaß von 4 – 8 auf Achse 6 nahezu immer auch die vom GKV-SV vorgeschlagenen Bedingungen auf Achse 5 vorliegen. Es entsteht somit nur überflüssiger bürokratischer	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Stellungnahme ist nicht nachvollziehbar. Alle vorgelegten Regelungsvorschläge sehen die Verwendung des MAS als Grundlage zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen vor. Es wird daher davon ausgegangen, dass eine Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus sowie möglicher vorliegender psychosozialer Umstände, die für die Genese der Störung oder

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorsch lag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Aufwand, der zudem sensible Daten über Dritte beinhaltet.	den Therapieverlauf als wichtig erachtet werden, ohnehin erfolgt; ebenso wie eine Diagnosestellung nach ICD-10.
09	BAG-KJPP	§ 2 Absatz 2	*Num mer 1-3*	GKV-SV	Ablehnung	Zu 1. Es ist immer eine F-Diagnose erforderlich für eine Leistung nach SGB V. Weiterhin sollten F0 und F7-Diagnosen nicht ausgeschlossen werden. Gerade F7x.1, Intelligenzminderung mit behandlungsbedürftiger Verhaltensstörung, stellt eine chronisch schwer und komplex erkrankte unterversorgte Gruppe dar. Diese sollten von den Leistungen der RL nicht ausgeschlossen werden – es sei auf die UN-Behindertenrechrtskonvention verwiesen. Zu 2.: verzichtbar, da die Zahl der zutreffenden Achse5-Kriterien nicht linear mit der Schwere / Chronifizierung einer psychischen Störung steigt, und die Kriterien je nach Kombination des Auftretens unterschiedlich starke Auswirkungen haben können. Zu 3.: siehe Begründung §2 Abs.2	**GKV-SV:** Die Richtlinie regelt die Versorgung für insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Das alleinige Vorhandensein einer Intelligenzminderung gemäß ICD-10 stellt keine Voraussetzung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie dar. Liegt neben der Intelligenzminderung eine bestehende komorbide psychische Störung aus der ersten Achse des MAS vor, kann bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorsch lag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine psychische Störung aus der ersten Achse des MAS vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Entsprechend unserer obigen Einlassung stimmen wir diesem Vorschlag zu.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme.
14	DVGP	§ 2 Absatz 2	*insges amt*	GKV-SV	Ablehnung	Eine so detaillierte Aufzählung zwingend erforderlicher Kriterien bedeutet eine nicht sachgemäße Einengung der Indikation.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Richtlinie regelt die Versorgung für insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorsch lag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Regelungsauftrages ist daher die Definition der Patientengruppe geboten, andernfalls birgt dies die Gefahr, dass der Personenkreis auf den der Gesetzgeber mit seinem Regelungsauftrag abzielte, keinen Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie erhält.
20	DVSG	§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Die DVSG stimmt dieser Engführung in der vorgeschlagenen Form nicht zu.	Diese Formulierung ist zu eng gefasst. Die Verknüpfung von mindestens zwei psychosozialen Umständen und mindestens einer ernsthaften sozialen Beeinträchtigung ist in der Form nicht ausreichend und untergräbt die Chancen, die in der Entfaltung der Richtlinie für die Zielgruppe liegt.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Richtlinie regelt die Versorgung für insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Regelungsauftrages ist daher die Definition der Patientengruppe geboten, andernfalls birgt dies die Gefahr, dass der Personenkreis auf den der Gesetzgeber mit seinem

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorsch lag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Regelungsauftrag abzielte, keinen Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie erhält. Mit dem MAS steht eine vollständige, mehrdimensionale Beschreibung und Einordung des Störungsbildes auf verschiedenen Ebenen und ein Bewertungsschema zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus zur Verfügung. Die psychosozialen Umstände können dabei 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. Der Regelungsvorschlag der GKV sieht daher neben der Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus auch die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorsch lag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Einbeziehung der psychosozialen Umstände bei der Definition der Patientengruppe vor. Sie sind ein zentraler Bestandteil bei für eine sozialgesetzbuchübergreifenden Behandlung, die u.a. durch die nicht-ärztliche koordinierende Person ermöglicht werden soll.
23	DGKJP	§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Das Kriterium 1 ist verzichtbar, da ALLE Patienten eine Diagnose auf Achse 1 haben müssen. Die Achse 1 muss in der Verordnung den Fachleuten nicht nochmals erklärt werden Das Kriterium 2 ist ebenfalls verzichtbar: Die meisten Patienten und Patientinnen der Zielgruppe haben sehr viel mehr abträgliche psychosoziale Umstände als 2, die in ihrer Kombination und Kumulation sehr unterschiedliche Beeinträchtigungsgrade hervorrufen (z.B. ist eine „Abnorme familiäre Situation“ bei Alleinerziehenden oder Patchworkfamilien prinzipiell gegeben, was objektiv nicht als schädigendes Moment zutrifft.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 14

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Das Kriterium 3. stimmt mit dem Vorschlag von GKV/KBV/PatV überein.	
25	CBP	§ 2 Absatz 2	Num mer 3	GKV-SV	… *3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS* ***oder eine Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX vorliegt*** *gegeben sind.*	Wichtig ist die Gruppe der jungen Menschen mit Behinderung und mit psychischer Erkrankung stets als Menschen mit komplexem Bedarf einzuordnen, insbesondere der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie zielt auf eine Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ab. Zwar weisen Menschen mit Behinderungen, insbesondere bei Vorliegen schwerer Mehrfachbehinderungen einen intensiven medizinischen Behandlungsbedarf auf, im Rahmen der vorliegenden Regelungen ist jedoch auf den komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf abzustellen.
27	DGVT-BV	§ 2 Absatz 2	*(z.B. Num*	GKV-SV	Ablehnung (s.o.)		Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorsch lag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			mer 1)				

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Die Definition des Komplexen Behandlungsbedarfs durch zwingenden Einbezug von Krankenhäusern, Ergotherapeuten oder APP ist nicht zielführend. Zudem ist in §4 Absatz 2 der GKV-SV Fassung eine Soll-Formulierung gewählt worden. Hierin liegt ein Widerspruch.	**GKV-SV:** Die Stellungnahme ist nicht nachvollziehbar, da der zwingende Einbezug der genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an dieser Stelle nicht vorgesehen ist. Es wird vielmehr, analog dem Regelungsvorschlag von DKG und KBV, eine Beschreibung der für das Vorliegen eines komplexen Behandlungsbedarfs erforderlichen Maßnahmen der Krankenbehandlung vorgenommen. Ein komplexer Behandlungsbedarf kann auch dann vorliegen, wenn zwei ambulante Maßnahmen der Krankenbehandlung, beispielsweise eine psychiatrische und eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich ist.
			KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Der Schwerpunkt dieser KSV Psych RL liegt in der Vernetzung der	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					bestehenden vertragsärztlichen Strukturen. Der Aufbau neuer Strukturen wird nicht angestrebt.	
			PatV	Ablehnung	Die Definition des komplexen Behandlungsbedarfs durch lediglich eine Maßnahme der Krankenbehandlung legt die Zugangsschwelle zu niedrig an.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, allerding sieht der Entwurf der PatV nicht nur eine Maßnahme der Krankenbehandlung als Voraussetzung für das Vorliegen des komplexen Behandlungsbedarfs vor, sondern zwingend auch „eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung.“ Leistungswürdigkeit für die Versorgung nach dieser Richtlinie ausschließlich durch die Notwendigkeit von mindestens zwei Maßnahmen zur Krankenbehandlung aus dem SGB V zu definieren, läuft einer Versorgungsrealität zuwider, in der de facto eine Vielzahl von Akteuren mehrerer Sozialgesetzbücher psychosoziale Leistungen für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						erbringen. Die Hürde bei zwei Maßnahmen zur Krankenbehandlung anzusetzen, erhöht im Zweifelsfall die Anzahl der am Kind oder Jugendlichen wirkenden Leistungserbringer unnötig, ist nicht ressourceneffizient und unterläuft die Zielsetzung einer sozialgesetzbuchübergreifenden Kooperation.
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Der komplexe Behandlungsbedarf kann nicht zwingend an den Einbezug eines Krankenhauses gebunden werden. Es soll gerade die wohnortnahe ambulante Behandlung der schwer erkrankten Kinder und Jugendlichen unterstützt werden. Die zwingende Kombination Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsebene und Krankenhausebene wird oft nicht sinnvoll umsetzbar sein und behindert dann sinnvolle ambulante Behandlungen. Die Formulierung „und“ widerspricht im Übrigen der Anforderung aus § 4 Abs. 2 des GKV-SV. Dort heißt es: ´bei Bedarf sollen	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					eigebunden werden´. Unbenommen ist aber, dass ein Partner im Netzwerk natürlich auch aus einer Klinik kommen kann. Bei Patienten, die in einer PIA behandelt werden, ist es gut vorstellbar, dass ein Netzwerk tatsächlich „sektorübergreifend“ arbeitet, also das System „Krankenhaus“ und das System „Ambulante ärztliche Versorgung“ kooperieren. Es sollte egal sein, ob die Fachärztin oder der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut in einer Klinik angestellt sind oder in einer niedergelassenen Praxis arbeiten. Wichtig sind die Kompetenzen, wichtig ist die Kooperation der Professionen direkt am konkreten Patienten orientiert. Die hier genannte GKV-SV-Position widerspricht dem Netzansatz von KBV/DKG und wird deshalb abgelehnt. Siehe dazu auch an vielen anderen Stellen in der Stellungnahme.	
			KBV/DKG	Zustimmung	Die Konzeption des Behandlungsnetzwerks ist realitätsnah und adressiert sehr gut die zu adressierende	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Patientengruppe. Es ist wenig bürokratischer Aufwand, so dass eine breite Umsetzung in der Versorgung wesentlich wahrscheinlicher scheint als im Vorschlag des GKVSV. Mit dem Vorschlag von KBV/DKG kann wesentlich besser sichergestellt werden, auch dünner besiedelte Regionen entsprechend zu versorgen.	
			PatV	Ablehnung	Inhaltlich kann die Position der PatV gut nachvollzogen werden. Es ist aber nicht Aufgabe des G-BA Regelungen in andere SGB-Bereiche zu treffen. Im Übrigen würde durch die Formulierung auch letztlich die Entscheidung eines anderen SGB-Bereichs mitentscheidend über die Leistung nach dieser SGB-V-Richtlinie.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb durch den Vorschlag der PatV der Anschein entsteht, es solle eine Regelung für einen anderen SGB-Bereich getroffen werden. Es geht hier lediglich um die Eröffnung der Möglichkeit, dass auch eine Leistung nach einem anderen Leistungsgesetzt (additiv zur Maßnahme zur Krankenbehandlung nach dem SGB V) Voraussetzung für die Versorgung nach dieser Richtlinie sein kann. Der PatV erscheint vom Ziel einer sozialgesetzbuchübergreifenden Zusammenarbeit umfasst, den

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher die Kompetenz bei der Veranlassung psychosozialer Leistungen zuzutrauen. Ziel dieser Richtlinie muss es sein, eine Bessere Kooperation zwischen den Leistungsbereichen zu erreichen. siehe im Übrigen lfd. Nr. 04/ 05
09	BAG-KJPP	§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Ergotherapie ist nur bei einem Teil der Zielgruppe indiziert, und zwar dann, wenn primär eine zusätzliche MAS Achse 2 – Störung vorliegt. Ambulante psychiatrische Pflege gibt es nicht für Kinder und Jugendliche. Die Versorgungslandschaft weicht hier grundlegend von der erwachsenenpsychiatrischen ab. §4 Absatz 2 Nummer 1-3 als erforderliche Kriterien für einen komplexen Behandlungsbedarf zu nennen ist daher abzulehnen. Außerdem ist §4 Absatz 2 bereits als „bei Bedarf … hinzuzuziehen“ benannt, so dass diesen Absatz als	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Eingangsvoraussetzung zu fordern widersprüchlich ist.	
		§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 2 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Eine Maßnahme der Krankenbehandlung plus eine weitere krankheitsbedingte psychosoziale Leistung setzt eine zu niedrige Schwelle für die Definition eines komplexen Behandlungsbedarfs im Sinne der Richtlinie.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfn. Nr. 04/05
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Wir bevorzugen diese Ausführungen	Beschreibt am deutlichsten den Zuständigkeitskreis und die Notwendigkeiten	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 2 Absatz 3	PatV	Zustimmung.	Vermutlich größerer Einschluss und dadurch breiteres komplexes Versorgungsangebot qua Richtlinie möglich.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 2 Absatz 3	PatV	Der VDAB schließt sich der Einschätzung der PatV an.	Auch Maßnahmen bzw. Leistungen in anderen Leistungsgesetzen, die die psychosoziale und/oder psychische Gesundheit betreffen führen zu einem komplexen	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Behandlungsbedarf gemäß dieser Richtlinie.	
14	DVGP	§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	s. u.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Ablehnung	s. u.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Maßnahmen anderer Leistungsgesetze sind zweifellos ein wichtiger Aspekt. Der KBV/DKG-Entwurf adressiert in der Versorgungskooperation die Akteure anderer Sozialgesetzbücher.
			PatV	Zustimmung	Die Erforderlichkeit einer Komplexversorgung hängt nicht ausschließlich von der Erforderlichkeit von Behandlungsmaßnahmen ab, sondern ebenso von psychosozialem Hilfebedarf aus anderen Rechtskreisen.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 2 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Flexibelste Formulierung, wichtig hierbei die Einbeziehung anderer psychosozialer Leistungen (z.B. Erziehungsberatungsstellen)	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
17	DPTV	§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung.	Entscheidend für die Teilnahme an dieser Versorgung sollte der Kooperations- und Absprachebedarf verschiedener Professionen sein. Diese sind in § 4 Absatz 1 u. 4 gefasst. Zusätzlich ist Voraussetzung ein psychosozialer Interventionsbedarf. Die Definition der Fachgruppen und Inhalte ist i.d.R. ausreichend, um den Behandlungsbedarf von Kindern- und Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen zu erfassen. Eine Erweiterung des Behandlerteams kann je nach Notwendigkeit vorgenommen werden- die Aufzählung ist nicht abschließend.	**GKV-SV:** Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich an insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, daher gilt es diese Patientengruppe zu bestimmen. Der Kooperations- und Absprachebedarf variiert nicht nur je nach Patientin oder Patient, sondern auch im Verlauf der Versorgung, so dass dies kein geeignetes Einschlusskriterium sein kann. **KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 2 Absatz 3	PatV	Dieser Formulierung stimmt die DVSG zu.	Die Bereiche der Krankenbehandlung sowie der psychosozialen Aspekte und Leistungen sind gleichberechtigt zu sehen; dieser bio-psycho-soziale Blick und die Handelnden Expert*innen/Akteur*innen erfordern bereits eine übergreifende Abstimmung, da unterschiedliche Sozialgesetzbücher, Berufsgruppen sowie Bedarfe gegeben sind.	**GKV-SV/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Hier liegt eine Überkonkretisierung vor. Häusliche psychiatrische Krankenpflege nach § 4 (2) 3. existiert für Kinder z.B. praktisch nicht – Kinder sollten aber durch „Kinderspezialisten“ behandelt werden lt. UN.KRK. Ergotherapie ist nur für eine kleine Subgruppe der Patienten, die zusätzlich Störungen auf der Achse 2 des MAS haben zwingend erforderlich, aber nicht für alle Patient:innen dieser Richtlinie, daher taugt das Kriterium nicht.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
			KBV/DKG	Zustimmung	Entscheidend sind „2 Maßnahmen“, d.h. etwas das z.B. über Richtlinienpsychotherapie im SGB V hinaus geht. Der psychosoziale Interventionsbedarf kann dann auch sektorübergreifend (durch z.B. Schulwesen, Jugendamt) sichergestellt werden, es geht hier um die Koordination aller Maßnahmen.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Die Komplexität der Behandlungsanforderungen wirkt in der Formulierung zu gering (nur eine Maßnahme und sonstige	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					psychosoziale Interventionen) damit würde die Zielgruppe sehr, sehr groß.	
24/ 35	SHV/ DVE	§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Der Verweis auf die betreffenden Berufsgruppen ist konkret. Der Einsatz von mindestens 2 Maßnahmen erleichtert den Zugang für die Patient:innen zu der Versorgung.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
25	CBP	§ 2 Absatz 3	GKV-SV PatV	**Die Formulierung der PatV wird befürwortet:** *Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht*		**GKV-SV:** Kenntnisnahme **Anmerkung GKV-SV:** Die Regelung des § 2 Absatz 3 definiert den komplexen Behandlungsbedarf; aus Sicht der GKV ist von einem komplexen Behandlungsbedarf auszugehen, wenn pro Quartal mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung erforderlich sind. Gleichwohl die Behandlung schwer psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen die Einbindung und Abstimmung mit den Hilfesystemen anderer Sozialgesetzbücher erforderlich machen kann, wird das zwingende Erfordernis einer

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				*wird, **insbesondere nach SGB IX***		psychosozialen Leistung, insbesondere nach einzelnen konkret benannten Sozialgesetzbüchern, nicht als Voraussetzung für die Bestimmung des komplexen Behandlungsbedarfs angesehen. **PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Ergänzungsvorschlag prüfen, dem Ergänzungsvorschlag wird jedoch nicht gefolgt. Ausgehend von den Feststellungen der zuständigen Leistungs- / Rehaträger können Leistungen zur sozialen Teilhabe des SGB IX hier ebenso relevant sein, wie zum Beispiel Leistungen des SGB XIII. Die PatV prüft eine Ergänzung der Tragenden Gründe.
27	DGVT-BV	§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung	Weiterer psychosoz. Bedarf würde Patientengruppe einschränken. Komplexer Bedarf ist dennoch gegeben, da 2 vorliegen müssen.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
28	BApK	§ 2 Absatz 3	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Wie in den Tragenden Gründen einsehbar, besteht die Komplexität nicht nur in der Koordination von SGB V Leistungen.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
32	BED	§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Wir begrüßen den Ansatz der ergotherapeutischen Intervention als Voraussetzung für das Vorhandensein eines komplexen Behandlungsbedarfes im Sinne dieser Richtlinie.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung		**KBV/DKG:** Kenntnisnahme
		§ 2 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Die systemischen Verbände unterstützen den Beschlussentwurf der PatV, da der komplexe Behandlungsbedarf entsprechend dieser Richtlinie durch den Bezug von Leistungen aus verschiedenen Behandlungs- und Leistungsbereichen ausreichend begründet ist.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
34	UBSKM	§ 2 Absatz 3	PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV	Der Zugang zur Versorgung muss möglichst niedrigschwellig sein. Insbesondere müssen auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzen bei der Bestimmung des komplexen Behandlungsbedarfes berücksichtigt werden. Die Überschneidung von Sozialgesetzbüchern und Versorgungsstrukturen entspricht der Lebensrealität betroffener Kinder und Jugendlicher.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/ KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
06	DFT	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Hier sollte auch formuliert werden, dass der Entwicklungsstand des jungen Erwachsenen auch diesem entspricht. Bei dieser Patientengruppe liegt häufiger eine dissoziierte Entwicklung vor.	Viele junge Erwachsenen mit komplexen Behandlungsbedarf zeigen u.A. auch Entwicklungsverzögerungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen.	**GKV-SV/ KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme; Der Hinweis ist u.E. durch Formulierung abgedeckt.
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/ KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/ KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Wir schließen uns der Gesamtregelung an		**GKV-SV/ KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Streichung	Mit Verweis auf Richtlinie zur Komplexbehandlung erwachsener Menschen, sollte eher auf die „bessere“ als die „altersentsprechende“ Versorgung zurückgegriffen werden. Transitionsprozesse sind wie Entwicklungsprozesse individuell	**GKV-SV/ KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme; Der Hinweis ist u.E. durch die gewählte Formulierung abgedeckt. Mit der Vollendung des 18. Lebensjahres gilt eine Person in Deutschland von Rechts wegen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					und nicht an einem bestimmten Datum festzumachen (s. § 3, Abs. 4).	als erwachsen, daher ist ab einem Alter von 18 Jahren zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Darüber hinaus werden in § 3 Regelungen für die Transitionsphase getroffen.
14	DVGP	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/ KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Streichung von: **Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.**	Psychisch schwer erkrankte junge Erwachsene zwischen 18 und 21 Jahren sind oftmals in ihrer Entwicklung zurück (z.B. geringes Strukturniveau), das heißt sie müssen Entwicklungsschritte (der Adoleszenz) nachholen. Um diese Art der Regression zu ermöglichen erscheinen oftmals die Behandlungssettings aus dem Erwachsenenbereich ungeeignet und die dortigen Behandler*innen möglicherweise nicht ausreichend qualifiziert.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme Siehe lfd. Nr. 11

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Wenn im stationären Bereich keine expliziten Jugendlichenstationen vorgehalten werden, tragen auch die Bedürfnisse der Mitpatient*innen (z.B. schwere Persönlichkeitsstörungen) nicht zur Heilung bei. Hier sollte kein Vorrang formuliert werden um offen für Einzelfallentscheidungen zu bleiben und Beziehungsabbrüche zu bisherigen Leistungserbringern zu vermeiden.	
20	DVSG	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Die Bevorzugung der Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene ist aus Sicht der DVSG nicht nachvollziehbar und missachtet die bedarfs- und personenbezogene Perspektive. *Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen,* ***welche*** *vergleichbaren Versorgungsmöglichkeiten im*	Diese bei der vorgeschlagenen Formulierung benannte Zielrichtung, dass in der Regel die ‚Erwachsenenstruktur' zu wählen ist, weist eine Ausrichtung nach dem Sozialsystem auf. Das ist nicht nachvollziehbar. Der Bedarf und die Erforderlichkeit der Interventionen sollten im Vordergrund stehen. Entsprechend sollte der Fokus sein, welches Versorgungssystem dem Entwicklungsstand des Jugendlichen/jungen Erwachsenen angemessener ist.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 11

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Versorgungssystem ***für Erwachsene oder Kinder/Jugendliche dem Entwicklungsstand der Person entsprechend geeigneter sind. Ist dies der Fall, so sollte in der*** **Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden**.		
23	DGKJP	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Bitte **Ergänzung**: „***sofern nicht der Zustand des individuellen Patienten nach gemeinsamer Einschätzung im Netzverbund dagegen spricht***“	Es kann für intelligenzgeminderte oder sonst entwicklungsverzögerte junge Menschen über 18 Jahre sehr angeraten sein in den „jugendtypischen“ Strukturen entsprechend des Entwicklungsstandes zu verbleiben. Hier würde eine Abkehr von der Patientenzentrierung, die eingangs formuliert ist und in § 3(2) aufgenommen wird, kodifiziert. Dazu sollte allerdings eine gemeinsame Einschätzung vorgenommen werden.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 11
27	DGVT-BV	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Änderungsbedarf	Transitionsphase ist sensible Phase (insbesondere wegen Rückfallgefahr).	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 11

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Perspektive muss auf konkretem Bedarf (Entwicklungsstand) des / der über 18 Jahre alten Patient*in liegen.		
29	bad	§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Ein standardisiertes Übergangsmanagement ist empfehlenswert.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme, vgl. auch die Erläuterung in den Tragenden Gründen sowie die Regelungen in § 3.

§ 3 Transition

§ 3 insgesamt

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK			Die BPtK begrüßt, dass der G-BA in seinem Beschlussentwurf die Phase des Übergangs von der Versorgung nach dieser Richtlinie in die Erwachsenenversorgung unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme explizit adressiert. Aus Sicht der BPtK ist es dabei sach-gerecht und erforderlich, dass auch im Sinne der Behandlungskontinuität und der Koordination und Abstimmung der Versorgung u. a.		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				hinsichtlich erforderlicher Leistungen anderer Sozialgesetzbücher Jugendliche, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, einen Anspruch auf die Versorgung nach dieser Richtlinie haben und ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres zur Sicherung des Therapieerfolgs eine vorher mit den Mitteln der Jugendpsychiatrie oder Jugendlichenpsychotherapie begonnene Behandlung fortgesetzt werden kann.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
09	BAG-KJPP	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/PatV	Stimmen wir zu		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
21	bvvp	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Das besondere Augenmerk auf die Transition wird begrüßt!		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**. 5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 3 Absatz 2	Nummer 4	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zur Ergänzung KBV/DKG/PatV bei Nr. 4	Der Bezugstherapeut/-arzt muss den Übergang persönlich koordinieren.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			Nummer 5	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 3 Absatz 2	*Nummer 5*	GKV-SV	Ablehnung	Die zwingende Festlegung auf die Koordination der Transition durch die nichtärztliche koordinierende Person ist nicht zielführend. Es ergäben sich hierdurch zwangsweise neue Schnittstellen und eine	**GKV-SV:** Die Richtlinie zielt auf eine Verbesserung der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt daher eine nichtärztliche koordinierende Person die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Verlangsamung der Abläufe.	Versorgung nach dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Vermittlung von Behandlungsterminen.
			Nummer 4	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 3 Absatz 2	*Nummer 1-4*	GKV-SV/KBV/DKG/PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			Nummer 5	GKV-SV	Ablehnung	Die Koordination soll durch die behandelnden Bezugsarzt / Bezugstherapeuten geregelt werden. Er kann dabei einzelne Aufgaben unter seiner Verantwortung delegieren. Eine zwingend eingeführte nichtärztliche koordinierende Person schafft nur eine zusätzliche Schnittstelle, die den Transitions-prozess eher	**GKV-SV:** siehe lfd. Nr. 04/05

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						verlangsamen wird und Abläufe behindert, weil sie komplizierter werden. Hier wird auf die Netzwerk- Konzeption von KBV/DKG verwiesen.	
08	PIBB	§ 3 Absatz 2	*Nummer 4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Transition soll frühzeitig mit den nachfolgenden Behandlern vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden. Dafür werden bis zu 5 Gespräche der Beteiligten (oder mehr bei Bedarf) erforderlich sein. Wichtige Informationen über Diagnostik, Verlauf, psychosoziale und medizinische Schwerpunkte der Behandlung können in die Gespräche einfließen und geteilt werden. Die Patient*innen und deren Bezugspersonen haben Gelegenheit, die Folge-Behandler	Ein frühzeitiges Einbinden aller an dem Transitionsprozess Beteiligten sichert die nahtlose Weiterführung der komplexen Behandlung der jungen Erwachsenen und beugt möglichen Behandlungsabbrüchen vor. Der partizipative Ansatz der RL wird so gewahrt und der Jugendliche Erwachsene hat die Möglichkeit, in mehreren Gesprächen die weiter Versorgenden zu erleben und über die Passung mit zu entscheiden.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					kennenzulernen und zu entscheiden, ob eine hinreichende Passung vorliegt (Partizipation).		
09	BAG-KJPP	§ 3 Absatz 2	Nummer 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			Nummer 5	GKV-SV/ PatV	Ablehnung	Die Koordination im Allgemeinen und besonders bei der Transition ist ein komplexer Vorgang, der nicht einfach nur Kenntnis der verschiedenen Behandlungs- und Hilfesysteme erfordert, sondern eine detaillierte Fallkenntnis. Diese Fallkenntnis umfasst das spezifische Wissen über den jungen Menschen, seine psychische Störung, den Umgang damit und die Behandlungsbesonderheiten, als auch Fallwissen zum Familien- und Bezugspersonensystem.	**GKV-SV:** sehe lfd. Nr. 04/05

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Die Koordination gehört somit in die Hand des ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungsführers.	
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			(z.B. Nummer 5)	GKV-SV	Zustimmung		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 3 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV	*Zustimmung*	Die Koordination soll durch eine nicht direkt therapeutisch involvierte Person erfolgen.	**GKV-SV** Dank und Kenntnisnahme
			Nr. 1-4	GKV-SV/ KBV / DKG / PatV	*Zustimmung.*		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	VDAB	§ 3 Absatz 2	Nr. 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	**Änderungsvorschlag:** *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch und koordiniert* ***gemeinsam mit den nichtärztlichen Leistungserbringern gemäß § 6*** *die weitere Transition.*	Die Koordination sollte ganzheitlich unter Einbezug aller an der Versorgung Beteiligten zielgerichtet durchgeführt werden.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Koordination der Transition durch eine nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 ist in Absatz 2 Nummer 4 bzw. 5 geregelt.
14	DVGP	§ 3 Absatz 2	Nr. 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	*Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und*	Siehe die allgemeinen Bemerkungen zu Beginn sowie zu § 2 Abs. 3	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V ***und anderer SGB-Rechtskreise*** *werden in Fallbesprechungen einbezogen.*		Im Rahmen der Regelungen des G-BA kann eine Sozialgesetzbuch-übergreifende Zusammenarbeit leider nicht verbindlich eingefordert werden, sondern lediglich ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur die Akteure gemäß § 91 Absatz 6 SGB V rechtlich binden, d.h. die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte sowie Leistungserbringende des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit den Trägern anderer Sozialgesetzbücher ist daher nicht möglich. Die Berücksichtigung der Unterstützungssysteme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							außerhalb des SGB V wird in § 3 Absatz 3 vorgesehen. **PatV ergänzend:** Der Entwurf der PatV adressiert mit den Leistungen der Kooperation und / oder Koordination die Leistungserbringer des SGB V. Ziel ist dabei jedoch eine verbesserte Zusammenarbeit mit den individuell relevanten Leistungserbringern aus anderen Sozialrechtsbereichen, ohne diese dabei jedoch rechtlich zu binden.
			Nr. 4	KBV/DKG/ PatV	*Zustimmung*	Eine solche übergreifende Verantwortung sollte festgelegt sein.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 3 Absatz 2	Nummer 4	KBV/DKG/ PatV	*Zustimmung*	Der fallführende Leistungserbringer sollte frei wählbar sein. (auch hier ist die angemessene Honorierung und Ergänzung der GOÄ für den Organisationsauf-wand mitgedacht werden)	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			Nummer 5	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 3 Absatz 2	*(5)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Position des GKV-SV wird unterstützt. Es ist sinnvoll, Bezugsärztin/ Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin/ Bezugspsychotherapeut möglichst von formalen/organisatori-schen Aufgaben zu entlasten.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme **PatV**: Allerdings handelt es sich bei der Koordination des Transitionsprozesses nach Auffassung der PatV keineswegs um eine in erster Linie formale / organisatorische Tätigkeit. Vielmehr fordert der Übergangsprozess bis zur sicheren Anbindung des erkrankten Jugendlichen an die Erwachsenenversorgung fundierte ärztliche bzw. psychotherapeutische Fallkenntnis.
20	DVSG	§ 3 Absatz 2	Nummer 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die **ergänzende Formulierung** wird vorgeschlagen von der DVSG, um explizit den Fokus berufs- und SGB-übergreifend zu fördern.	Besonders wichtig, um das Gelingen der Richtlinie zu unterstützen, ist an dieser Stelle, dass die Formulierung sich nicht nur auf Leistungserbringer*innen (hier Fachärzt*innen, Psychotherapeut*innen)	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, siehe lfn. Nr. 14

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					*Die Transition ist **multi**disziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante **SGB-übergreifende Akteur*innen** werden in Fallbesprechungen einbezogen.*	beschränkt, sondern auch SGB – übergreifend Akteur*innen aus anderen Hilfesystemen und Berufsgruppen (wie Sozial- und Gesundheitsberufe) ermöglicht.	
			Nummer 5	GKV-SV	Die DVSG stimmt dieser vorgeschlagenen Formulierung zu: *Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 Nr. 4 koordiniert*	Bei der Transition bedarf es der Expertise der Sozialen Arbeit und eine gute Vernetzung mit der öffentlichen Jugendhilfe und anderen Rehabilitationsträgern nach dem SGB IX, weshalb aus dem Personenkreis des § 6 vor allem die Vertreter*innen der Sozialen Arbeit für die Koordination der Transition prädestiniert sind.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zur Ergänzung KBV/DKG/PatV bei Nr. 4	Es muss dringend der Bezugstherapeut/-arzt den Übergang persönlich koordinieren. Nur er überblickt die Komplexität der Transition und die fachliche Übergabe.	**GKV-SV:** Die Richtlinie zielt auf eine Verbesserung der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt daher eine nichtärztliche koordinierende Person die Versorgung nach dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Vermittlung von Behandlungsterminen. **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme auch zu unserem Ergänzungsvorschlag
25	CBP	§ 3 Absatz 2	*Nr. 4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	*Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der*	Für die Sicherung der Versorgung ist es sehr wichtig, die anderen Leistungserbringer in der Fallbesprechung zu beteiligen.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, siehe lfn. Nr. 14

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch und ***beteiligt die nachfolgenden Leistungserbringer aus den anderen Unterstützungssystemen, soweit diese bekannt sind.***		
27	DGVT-BV	§ 3 Absatz 2	Nummer 1 - 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Nr. 1-4 Zustimmung	Interdisziplinarität wird begrüßt (wichtig!)	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			Nummer 5	GKV-SV	Nr. 5 wird nicht zugestimmt	Alle koordinierenden Personen benötigen fachspezifische Zusatzqualifikation und müssen Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegen sowie zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.	**GKV-SV:** Die Richtlinie zielt auf eine Verbesserung der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt daher eine nichtärztliche koordinierende Person die Versorgung nach dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Tätigkeiten wie beispielsweise die Vermittlung von Behandlungsterminen. Die notwendige Qualifikation der nichtärztlichen koordinierenden Person wird in § 6 geregelt.
33	DGSF + SG	§ 3 Absatz 2	*Nummer 1*	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	(…) ***[sowie an vorhandenen Anschlussbehandlungsmöglichkeiten***].	Die Zeitpunkt der Transition muss sich ergänzend an den regional verfügbaren und tatsächlich greifenden Behandlungsmöglichkeiten orientieren. So müssen behandelnde Psychotherapeut*innen den Reifegrad und Entwicklungsstand der jungen Erwachsenen anerkennen und diese als Patient*innen in eine Anschlussbehandlung aufnehmen.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Inhalt der vorgeschlagenen Formulierung ist vom Regelungstext schon umfasst.
			Nummer 3		*Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie*	Die dadurch entstehende Synergieeffekte ermöglichen eine Kosten- und Ressourcensparende Versorgung.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Siehe lfd. Nr. 14

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ***des SGB V [aller relevanter SGB****] werden [****verpflichtend****] in Fallbesprechungen einbezogen.*		
34	UBSKM	§ 3 Absatz 2	*Nummer 4*	KBV/ DKG/ PatV	UBSKM unterstützt die Position von KBV/ DKG und PatV. Die Koordinierung der Komplexversorgung sollte bei der Bezugsärztin bzw. dem Bezugsarzt/der Bezugspsychotherapeutin bzw. dem Bezugspsychotherapeuten liegen.	Die Organisation und Koordinierung der Behandlungen sollten bei der Person liegen, zu der das Kind bzw. die jugendliche Person einen engen Bezug hat und Vertrauen aufgebaut hat. Es ist zu vermeiden, eine weitere Person als koordinierende Person hinzuzuziehen, die die Behandlung, die Bedürfnisse und Entwicklungen des Kinds/der jugendlichen Person nicht kennt. Wenn es eine zusätzliche koordinierende Person gibt besteht das Risiko,	**GKV-SV:** siehe lfd. Nr. 23 **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						dass die Bezugsärztin/der Bezugsarzt/die Bezugstherapeutin/der Bezugstherapeut in der Praxis aufgrund des engen Bezugs, Kenntnissen zur Behandlung und zu Bedarfen des Kindes/der jugendlichen Person, trotzdem viele koordinierende Aufgaben übernimmt, die dann nicht vergütet werden.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07/12	BKJPP/ SpiZ	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/30	DGPPS/ DGSPJ	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Ausdrückliche Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die DVSG begrüßt ausdrücklich, dass an dieser Stelle die breite beispielhafte Nennung SGB-übergreifend eingefügt werden soll.	Das interdisziplinäre Akteur*innenteam wird gerade bei der Orientierung am bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell und den	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Bedarfen der Person in ihrer Lebenswelt im Bereich der Kinder-/Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe, der Krankenbehandlung sowie der Rehabilitation und Teilhabe besonders mit der Expertise der Sozialen Arbeit komplettiert. Eine gute Vernetzung mit der öffentlichen Jugendhilfe ist für Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen gegeben, weshalb aus dem Personenkreis des § 6 vor allem die Vertreter*innen der Sozialen Arbeit für die Koordination der Transition prädestiniert sind.	
23	DGKJP	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Bitte **Ergänzung**: ***die Zusammenarbeit mit gemeindepsychiatrischen*** ***Anbietern sollte berücksichtigt werden***.	Dieses sollte explizit erwähnt werden, da unter Kinderspezialisten nicht breit bekannt.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die vorgeschlagene Ergänzung wird durch die gewählten Formulierungen abgedeckt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
27	DGVT-BV	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Überfällige Einbeziehung weiterer SGBs!	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	siehe § 3 Absatz 2 Nummer 3	siehe § 3 Absatz 2 Nummer 3	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	UBSKM bittet um Erklärung zu *„wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe*“. Der Bezug zum vorangegangenen Satzteil ist nicht nachvollziehbar. In die Beispielsaufzählung sollte bitte auch das ***Soziale Entschädigungsrecht (SGB XIV)*** aufgenommen werden, da dieses in der Praxis häufig nicht geprüft wird, aber gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung gute Leistungen erbringt.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in: „Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. **der Kinder- und Jugendhilfe,** der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, **dem Sozialen Entschädigungsrecht gemäß SGB XIV**, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.“

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/05	BVDP/ BVDN	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV	Ablehnung	Ein Bedarf für diese zusätzliche Regelung besteht nicht.	**GKV-SV:** Eine Behandlung im kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. –psychotherapeutischen Versorgungssystem endet aufgrund der Gesetzeslage in Deutschland üblicherweise spätestens mit Eintreten der Volljährigkeit (stationär) bzw. im Alter von 21 Jahren (ambulant). Eine Versorgung nach der Psychotherapie-Richtlinie kann jedoch auch über das 21. Lebensjahr hinaus ausnahmsweise zulässig sein,

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit den Mitteln der Jugendpsychiatrie oder der Jugendlichenpsychotherapie begonnenen Behandlung erst nach der Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Diese Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung haben beispielsweise für stationäre Einrichtungen keine Gültigkeit. Die vorgelegten Regelungsvorschläge von GKV, DKG, KBV und PatV sehen grundsätzlich die Einbindung stationärer Einrichtungen (mit unterschiedlichem Grad der Verpflichtung) in die Versorgung vor. Es scheint daher sachgemäß, eine entsprechende Regelung aufzunehmen, die klarstellt, dass beispielsweise für die stationäre Leistungserbringung die bestehenden

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Altersregelungen nicht aufgehoben werden.
06	DFT	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Besonders die Behandlungsmöglichkeit auch über das 21. Lebensjahr hinaus ist unbedingt zu befürworten.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV	Ablehnung	§ 3 Abs. 4 regelt die Altersregelungen umfassend und eindeutig. Der Verweis auf abweichende Regelungen verwirrt. Wenn sie andere Rechtsnormen betreffen, sind sie ohnehin gültig.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
09	BAG-KJPP	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung des zusätzlichen Satzes	Kinder 0-3 Jahre sollten nicht exkludiert werden, siehe Begründung zu §2 Absatz 1	**GKV-SV:** siehe lfd. Nr. 04/05 Begründung zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten ab dem vierten Lebensjahr siehe § 2 Absatz 1, lfd. Nr 04/05.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10/30	DGPPS/ DGSPJ	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Kann verzichtet werden		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
11	BDP	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Streichung	Redundanz	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Der Einschub vom GKV-SV ist nach Einschätzung des VDAB entbehrlich.		**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
15	bkj	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV	Streichung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV	Ablehnung	Die zusätzliche Aussage ist verwirrend. Wo sollen „davon abweichende Altersregelungen“ kodifiziert	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					sein? Das müsste dann erwähnt werden.	
27	DGVT-BV	§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Jugendliche Personen als Begriff nicht gängig (junge Erwachsene wäre vorzuziehen).		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Es ist selbsterklärend, dass der Kooperationsanlass primär immer patientenbezogen sein muss. Darüberhinausgehend müssen aber weitere behandlungsbezogene Aspekte zwischen den Netzwerken besprochen werden, um die vulnerable Schnittstelle in die Erwachsenenwelt nicht zur Bruchstelle für die Patienten wird. Dies sollte explizit auch benannt werden.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Zusätzlich zum patientenbezogenen Austausch ist der strukturierte Austausch im GPV, Gesundheitskonferenzen oder Suchthilfenetzen, um Transitionsprozesse in den Versorgungsregionen grundsätzlich aufzubauen und zu pflegen. Dies bildet die Basis für eine gelingende Transition im Einzelfall.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Der Zusatz scheint uns wertvoll		**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Streichung	Inhaltlich inhärent	**KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme, die Begründung kann nicht nachvollzogen werden. Der Einschub verdeutlicht, dass der Austausch sowohl in Bezug auf die konkreten Patientinnen und Patienten, als auch

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						patientenübergreifend, bzw. patientenunabhängig (gesamtorganisatorisch und prozessual) stattfinden soll.
15	bkj	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG/ PatV	Keine Position		**KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Die DVSG hält die Ergänzung ‚patientenbezogener oder patientenübergreifender' für sinnvoll und unterstützt diesen Vorschlag.	Die Ergänzung stützt den Gedanken und die Zielrichtung, dass ein strukturierter Austausch im Sinne einer systematischen Kooperation und Vernetzung Fallbezogen sowie Einzelfall übergreifend erforderlich ist. Dem strukturierten Austausch zwischen Akteur*innen ist als Qualitätsmerkmal konsequent Ausdruck zu verleihen, damit alle Bemühungen zur Realisierung im Sinne einer Perspektiverweiterung,	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Vermeidung von Reibungsverlusten sowie effektiven und bedarfsbezogenen Zusammenarbeit Einzelfallübergreifend und Einzelfallbezogen stattfinden kann. Eine nahtlose Leistungserbringung, die den Menschen mit Hilfe- und Unterstützung in den Vordergrund stellt, und nicht das Hilfe- und Unterstützungssystem, setzt ein funktionierendes SGB-übergreifendes System voraus. In der Praxis sind jedoch die SGB-übergreifenden Austauschgelegenheiten, die auch Sozial- und Gesundheitswesen übergreifend ausgereichtet sind und Akteur*innen der Leistungserbringer*innen, Leistungsträger*innen und Leistungsberechtigte einbeziehen eine	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Herausforderung für alle Beteiligten. In Gemeinsamen Empfehlungen ist die strukturierte Zusammenarbeit z. B. in der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste benannt. Es braucht in gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene Entsprechungen, um den strukturierten Austausch zu fördern.	
23	DGKJP	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zur Ergänzung	Z.B. sollte dadurch die Teilnahme an kommunalen Gesundheitskonferenzen ermöglicht werden, auch allgemeine organisatorische/strukturelle/fachliche Dinge sollten koordiniert werden. Ohne einen patientenübergreifenden Austausch können die	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Systeme nicht angenähert und die Transition nicht strukturell gefördert werden.	
27	DGVT-BV	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG/ PatV	Vorgeschlagene ergänzende Formulierung wird abgelehnt.	Unnötige Einengung	**KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme, die Begründung einer unnötigen Einengung kann nicht nachvollzogen werden. Der Einschub verdeutlicht, dass der Austausch sowohl in Bezug auf die konkreten Patientinnen und Patienten, als auch patientenübergreifend, bzw. patientenunabhängig (gesamtorganisatorisch und prozessual) stattfinden soll.
33	DGSF + SG	§ 3 Absatz 5	GKV-SV /KBV/DKG/ PatV	*(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein [KBV/DKG/PatV: patientenbezogener oder patientenübergreifender] strukturierter Austausch und*	Fallbesprechungen müssen regelmäßig, verpflichtend und säulenübergreifend mit allen relevanten Leistungserbringern stattfinden, um Synergieeffekte und eine kosten- und ressourcensparende	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Hinweis der Stellungnehmer ist inhaltlich nachvollziehbar, der Anregung kann jedoch nicht gefolgt werden. Ein strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden nach der KSVPsych-RL für Erwachsene ist grundsätzlich wünschenswert und sollte angestrebt werden, in dieser

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, ***beispielsweise*** *im Rahmen von* ***[verpflichtenden****] Fallbesprechungen, stattfinden*.	Versorgung zu ermöglichen. Dies unterstützt ebenso die Zielerreichung einer gelingenden Kooperation und Netzwerkarbeit (siehe Absatz 2 Nummer 6).	Richtlinie werden jedoch die Vorgaben für die an der Versorgung der Kinder und Jugendlichen teilnehmenden geeigneten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer getroffen.
34	UBSKM	§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	UBSKM wertet die Stärkung der Kooperation grundsätzlich als positiv, weist aber darauf hin, dass ein Einbezug der Kinder und Jugendlichen in die Fallbesprechungen fehlt. Zudem gibt es keine Regelung dazu, wie Patientinnen bzw. Patienten darüber entscheiden können, wer sich mit wem zu was austauschen darf; hier würde es das Mitbestimmungsrecht von Sorgeberechtigten ebenfalls betreffen.	Der partizipative Ansatz dieser Richtlinie sollte konsequent umgesetzt werden.	**GKV-SV/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Patientinnen und Patienten werden in der Regel nicht in Fallbesprechungen eingebunden, da in diesen der Fall fachlich medizinisch zwischen den Leistungserbringenden diskutiert wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Patientin oder der Patient sowie bei Bedarf die relevanten Bezugspersonen von den Entscheidungsprozessen bezüglich der Behandlung ausgeschlossen werden. Diese sind über die Regelungen in § 10 bei der Gesamtbehandlungsplanung beteiligt. **KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. Die Ergänzung der TrG wird geprüft.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V.**]**		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 4 Absatz 1	Nummer 3	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	1. „[…] *Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie*“ sollte ersetzt werden durch: „ ***[…] Erfahrung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie“*** 2. Für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Forderung einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu streichen.	Im Punkt 4 ist bereits die Berufsgruppe der „ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ mit der fachlichen Befähigung entsprechend der Psychotherapievereinbarung als teilnahmeberechtigte Leistungserbringerin und Leistungserbringer inkludiert. Daraus folgt, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die gemäß der Psychotherapievereinbarung über die fachliche Befähigung zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen verfügen, keine mindestens 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie absolvieren müssen (sonst würden sich diese beiden Punkte widersprechen.)	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Zu Nr. 1. Ablehnung: Wegen der Versorgung von insbesondere schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen soll sichergestellt sein, dass die genannten Fachgruppen über nachgewiesenes Fachwissen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügen. Zu Nr. 2. Zustimmung und Anpassung des Beschlussentwurfes wie folgt. **„** 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie *sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger*

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) und“
			Num mer 5 - 6	PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 4 Absatz 1			§ 4 Absatz 1 wird definiert, welche Qualifikationen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer*innen selbst erfüllen oder über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten müssen, um zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt zu sein. Aus Sicht der BPtK ist es sachgerecht, dass hierbei in der Richtlinie auf vier zu unterscheidende Berufsgruppen abgestellt wird:		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. § 4 Abs. 1 beschreibt die Anforderungen an die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer. Es soll sichergestellt sein, dass die entsprechenden Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen ausreichend Erfahrung in der Behandlung mit schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen aufweisen. Die Beteiligung von weiteren gemäß der Nrn. 5 u. 6 in der Position der PatV wird in den

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					1. Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärzt*innen definierter Fachgebiete mit einer mindestens zweijährigen Weiterbil-dung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. Psychologische Psychotherapeut*innen mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß Psychotherapie-Vereinbarung. Aus Sicht der BPtK wird durch die Formulierung in Absatz 1 jedoch nicht ausreichend klar-gestellt, dass insbesondere auch nach § 118 SGB V zur ambulanten		jeweiligen Positionen unterschiedlich umgesetzt. **GKV-SV:** Das Konzept der GKV sieht die Einbindung der in den psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Versorgung nach dieser Richtlinie vor; so können die dort tätigen Leistungserbringenden gemäß § 5 Absatz 2 ebenfalls die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut übernehmen. Die Einbindung der Hochschulambulanzen ist nicht vorgesehen, da diese in der Regel auf Forschung und Lehre bzw. auf einzelne Störungsbilder spezialisiert sind. Die Einbindung der Aus- und Weiterbildungsambulanzen ist

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigte Einrichtungen mit den in ihren Ambulanzen angestellten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 an dieser Versorgung teilnehmen können. Dies ist nicht zuletzt auch mit Blick auf den von der BPtK befürworteten Regelungsvorschlag von KBV und DKG in § 4 Absatz 3 sicherzustellen, der ein patientenindividuelles Team vorsieht, welches mindestens durch eine der in Absatz 1 Nr. 1 oder Nr. 3 genannte Ärzt*in und eine der in Absatz 1 Nr. 2 oder Nr. 4 genannte Psychotherapeut*in gebildet wird. Der Gesetzgeber sieht in § 118 Absatz 1 ausdrücklich vor: *„Ermächtigungen nach Satz 1 sind vom Zulassungsausschuss auf*		ebenfalls nicht vorgesehen, da die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen eine angemessene Qualifikation und ein gewisses Maß an Erfahrung im Umgang auch mit schweren psychischen Erkrankungen erfordert. **KBV/DKG:** Der Einbezug und die Teilnahmeberechtigung der Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V wird in der Position der KBV/DKG unter § 4 Absatz 4 der Richtlinie vorgesehen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Antrag zeitnah, spätestens innerhalb von sechs Monaten, zu überprüfen und dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch eine Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird.“ Dies gilt auch für Ermächtigungen nach Absatz 4. Darüber hinaus sieht der Gesetzgeber in Absatz 2 vor: „*Der Vertrag nach Satz 2 ist spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b zu überprüfen und an die Regelungen der Richtlinie dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird.*“ Insbesondere um in bestimmten ländlichen und strukturschwachen Regionen,		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					die in der vertragsärztlichen Versorgung durch eine unzureichende kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung gekennzeichnet sind, kann im Sinne der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit einem Leistungsangebot nach dieser Richtlinie auf die systematische Einbindung dieser in den Krankenhäusern angestellten und in deren Ambulanzen tätigen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nicht verzichtet werden. Auch im Sinne der gebotenen Behandlungskontinuität beim Übergang von der Krankenhausversorgung in die vertragsärztliche Versorgung sollte insbesondere für die Versorgung nach dieser Richtlinie die Möglichkeit		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					sichergestellt werden, dass sich an den patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3 in den Ambulanzen tätige Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 3 und Nr. 2 und Nr. 4 kontinuierlich beteiligen können. Darüber hinaus sollten in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeiten einer systematischen Einbeziehung von ermächtigten Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 2 SGB V sowie von Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsambulanzen nach § 117 Absätze 3, 3a und 3b SGB V als teilnahmeberechtigte Einrichtungen und den in diesen Einrichtungen angestellten Fachärzt*innen nach Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 3 und Psychotherapeut*innen nach Ab-satz 1 Nr. 2 und Nr. 4 in die Versorgung nach		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					dieser Richtlinie geregelt werden. Die Teilnahme der Ambulanzen nach § 117 SGB V an der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V kann zudem einen Beitrag dazu leisten, dass vor dem Hintergrund der Behandlungserfahrungen in der Qualifikationsphase Psychotherapeut*innen nach Erhalt einer Zulassung als Vertragspsychotherapeut*innen in ihren Praxen bzw. Einrichtungen einen entsprechenden Schwerpunkt auf die Versorgung der Gruppe der schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen nach dieser Richtlinie setzen. Darüber hinaus kann die Teilnahme von Ausbildungs- und Weiterbildungsambulanzen, aber auch von		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					psychotherapeutischen Forschungsambulanzen nach § 117 Absatz 2 SGB V mit ihrer spezifischen fachlichen Expertise einen wichtigen Beitrag dazu leisten, das erforderliche spezifische Versorgungsangebot, einschließlich der gruppenpsychotherapeutischen Angebote, eine zeitnahe Terminvergabe und die regionale Verfügbarkeit sicherzustellen.		
04/05	BVDP/ BVDN	§ 4 Absatz 1	Nummer 1-4	GKV-SV/KBV/ DKG/PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			Nummer 5-6	PatV	Ablehnung	Die in Nummer 5-6 genannten Einrichtungen wären unter §4 Absatz 2 zu nennen. Siehe auch Begründung nächster Punkt.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme, jedoch ist für die PatV nicht nachvollziehbar, weshalb Leistungserbringer gemäß Absatz 1 Nr. 1-4, die in Einrichtungen gemäß Absatz 1 Nr. 5-6 tätig sind, nicht teilnahmeberechtigt für die Versorgung nach dieser Richtlinie sein sollten, sondern

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							nur bei Bedarf einbezogen werden sollen. Ihr Ausschluss ist aufgrund ihrer fachlichen Qualifizierung und der insbesondere im ländlichen Raum mangelnden Versorgungsdichte schwerlich begründbar.
06	DFT	§ 4 Absatz 1		PatV	Zustimmung zu Nr. 5 + 6	In strukturschwachen Regionen muss die Möglichkeit der Teilnahme groß genug aufgestellt sein.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 4 Absatz 1	Num mer 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			Num mer 5-6	PatV	Ablehnung	Berufsgruppen sind in 1-4 klar geregelt. Wenn in den entsprechenden unter 5 und 6 genannten Institutionen die Berufsgruppen aus 1-4 vertreten sind, dann können diese Institutionen teilnehmen. Der Bezug auf die institutionelle Ebene allein scheint nicht sinnvoll, da er die Fachqualifikation des Ausführenden nicht explizit.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme des zutreffenden Hinweises. Die PatV wird eine Umformulierung prüfen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Analog müsste man dann auch Praxen für KJPP zulassen und würde nicht sicherstellen, dass auch tatsächlich der / die Fachärzt:in die Behandlung macht.	
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 1	Num mer 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 1	Num mer 5-6	PatV	Zustimmung	Das psychiatrische Krankenhaus ist der Ort einer indizierten stationären Krisenversorgung und damit essentieller Netzwerkpartner für die Versorgung nach dieser Richtlinie. Die Institutionen PIA und SPZ als Leistungserbringer aufzuführen ist wichtig, da es bei einem (nicht selten vorkommenden) Behandlerwechsel in der PIA/SPZ zu einem Bruch der Kooperation im Verbund käme, wenn der neue Behandler zuerst eine Zulassung zum Verbund	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						beantragen müsste. Dies würde eine behindernde Bürokratisierung darstellen mit der Gefahr, dass die Ärzte / Psychotherapeuten der PIAs nicht an dem Verbund teilnehmen und die betroffenen Patient*innen nicht die möglichen Leistungen erhalten würden.	
10/ 30	DGPPS / DGSPJ	§ 4 Absatz 1	Num mer 3	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	In der Versorgungsrealität sind die FÄ für Kinder- und Jugendmedizin zentrale Ansprechpartner und sollten grundsätzlich genannt werden: „ … *Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrungen in der Diagnostik und in der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen…*“	Die Qualifikation wird nicht ausschließlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erworben, sondern auch in Kinderkliniken mit psychosomatischen Abteilungen / Stationen und einem psychosozialen Dienst. Es gibt in Deutschland über 80 pädiatrische Kliniken mit psychosomatischen Abteilungen /Stationen (Stand 2019)!	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Ablehnung. Für die Versorgung von schwer kranken Kindern und Jugendlichen soll sichergestellt sein, dass entsprechendes Wissen nachgewiesen werden kann.
		§ 4 Absatz 1	Num mer 5+6	*PatV*	Diese beiden Einrichtungen gehören unbedingt dazu. Bei den nach	DGPPS: Die Qualifikation in diesen Institutionen muss als gleichwertig gesetzt werden.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					§8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern soll **ergänzt** werden ***„ und mit einer psychosomatischen Einrichtung und psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche*** (nur DGSPJ: ***sowie die sozialpädiatrischen Fachkliniken“***	DGSPJ: Psychosomatische Klinken und Sozialpädiatrische Fachkliniken kennzeichnen sich durch die überwiegende Erbringung von Leistungen aus dem Bereich der OPS 9-403 (die dort definierten Strukturmerkmale sind gleichzeitig als qualitätsmerkmale heranzuziehen).	
11	BDP	§ 4 Absatz 1	Num mer 5 und 6	PatV	Zustimmung	Erweiterung des Leistungsangebots mit entsprechender umfassender entwicklungspsychopathologis cher Expertise	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 1	Nr. 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 4 Absatz 1	Num mer 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			5-6	PatV	Ablehnung	Systembruch, weil hier Einrichtungen genannte	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme des zutreffenden Hinweises. Die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						werden und nicht personalisierte Professionen	PatV wird eine Umformulierung prüfen, jedoch bleibt das grundsätzliche Anliegen der PatV davon unberührt: Leistungserbringer gemäß Absatz 1 Nr. 1-4, die in Einrichtungen gemäß Absatz 1 Nr. 5-6 tätig sind, sollten teilnahmeberechtigt für die Versorgung nach dieser Richtlinie sein. Ihr Ausschluss ist aufgrund ihrer fachlichen Qualifizierung und der insbesondere im ländlichen Raum mangelnden Versorgungsdichte schwerlich begründbar.
18	DGPM	§ 4 Absatz 1	(Num mer 3)	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Forderung einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ersatzlos zu streichen. Begründung: Im Punkt 4 ist bereits die Berufsgruppe der		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Zustimmung, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					„ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ mit der fachlichen Befähigung entsprechend der Psychotherapievereinbarung als teilnahmeberechtigte Leistungserbringerin und Leistungserbringer inkludiert. Daraus folgt zwingend, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die gemäß der Psychotherapievereinbarung über die fachliche Befähigung zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen verfügen, keine mindestens 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie absolvieren müssen. Sonst würden sich diese beiden Punkte widersprechen. Ferner sei angeführt, dass es für den Facharzt für Psychosomatische Medizin		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					und Psychotherapie keine Altersbegrenzung gibt. Gemäß der Weiterbildungsordnung ist der Facharztgruppe des Gebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen möglich, hierüber liegt ein Schreiben der Bundesärztekammer vom 24.03.2015 vor. Darüber hinaus würde auch eine Benachteiligung zu Punkt 2 (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen und – psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche) bestehen, da für diese Berufsgruppe ebenso keine 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert ist. Es gibt bereits jetzt zahlreiche psychosomatische		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Kliniken mit eigenständiger Abteilung für Kinder- und Jugendliche und junge Erwachsene, d. h. die entsprechende Expertise kann auch in diesen Kliniken erworben werden.		
19	VPKD	§ 4 Absatz 1	Num mer 3	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Forderung einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ersatzlos zu streichen.	Im Punkt 4 ist bereits die Berufsgruppe der „ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ mit der fachlichen Befähigung entsprechend der Psychotherapievereinbarung als teilnahmeberechtigte Leistungserbringerin und Leistungserbringer inkludiert. Daraus folgt zwingend, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die gemäß der Psychotherapievereinbarung über die fachliche Befähigung zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen verfügen, keine mindestens 2-jährige Weiterbildung im	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Zustimmung, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie absolvieren müssen. Sonst würden sich diese beiden Punkte widersprechen. Ferner sei angeführt, dass es für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Altersbegrenzung gibt. Gemäß der Weiterbildungsordnung ist der Facharztgruppe des Gebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen möglich, hierüber liegt ein Schreiben der Bundesärztekammer vom 24.03.2015 vor. Darüber hinaus würde auch eine Benachteiligung zu Punkt 2 (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche)	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						bestehen, da für diese Berufsgruppe ebenso keine 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert ist. Es gibt bereits jetzt zahlreiche psychosomatische Kliniken mit eigenständiger Abteilung für Kinder- und Jugendliche und junge Erwachsene, d. h. die entsprechende Expertise kann auch in diesen Kliniken erworben werden.	
		§ 4 Absatz 1	Num mer 6	PatV	Hier ist zu ergänzen, dass auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V integriert werden.		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 4 Absatz 1	Num mer 5	PatV	Die DVSG stützt die Formulierung zu 5.: 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V,	Sozialpädiatrische Zentren sind als Akteur*innen gerade zur Sicherstellung einer nahtlosen Unterstützung, der Überwindung von Sektorengrenzen und zur Gewährleistung der interdisziplinären fachlichen Expertise als Akteur*in zu beteiligen.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			Num mer 6	PatV	Die DVSG stützt die Formulierung zu 6.: 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrische n Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V.	Nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V sollten unbedingt teilnahmeberechtigt sein, zumal sie in ländlichen, unterversorgten Sozialräumen oft die einzigen Anbieter*innen sind. Zur Förderung der berufsgruppen- und sektorenübergreifenden nahtlosen Hilfegewährung ist die Einbeziehung erforderlich.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
21	bvvp	§ 4 Absatz 1und 2		GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Der bvvp begrüßt, dass in der Richtlinie für den Kinder- und Jugendlichenbereich keine aufwändigen Netze im Sinne einer eigenständigen Rechtsperson gebildet werden müssen, sondern dass die Versorgung der Patient*innen in einem patientenindividuellen Team, bestehend aus einer		**GKV-SV/ KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Ärztliche Psychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche sind unter Nr. 4 abgebildet.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Psychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche und eine*r Fachärzt*in aus dem P-Bereich in dieser Altersstufe, stattfindet. Allerdings wurde der mögliche Einbezug von Ärztlichen Psychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche vergessen. Diese Berufsgruppen müssen ergänzt werden und sollten, sofern sie nicht zu den unter 1 oder 3 genannten Facharztgruppen gehören, in gleicher Weise wie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen bzw. Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche an dieser Richtlinie mitwirken können; sie sollten also explizit in die Gruppe der Psychotherapeut*innen mit aufgenommen werden. Es wird außerdem begrüßt, dass die Kooperation mit einem		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					psychiatrischen Krankenhaus für Kinder und Jugendliche optional ist. Genauso sachgerecht ist es, dass die Kooperation mit Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie sowie der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sich nach dem jeweiligen Bedarf richten soll und nicht grundsätzlich zwingend vorgeschrieben wird. Durch die im Vergleich mit der Richtlinie für Erwachsene deutlich geringeren formalen Hürden besteht somit die Chance, dass sich diese Versorgungsform flächendeckend installieren kann. Allerdings sieht die Versorgungsrealität so aus, dass es vielerorts einen eklatanten Mangel an Kinder- und Jugendpsychiatern gibt. Infrastrukturelle Defizite werden daher – trotz geringerer Hürden – die		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Ausbreitung der Behandlung nach dieser Richtlinie erschweren oder sogar verunmöglichen. Deswegen regt der bvvp auch unabhängig von dieser Richtlinie an, dass intensivierte Anstrengungen auf allen Ebenen unternommen werden, um die Weiterbildung und die Niederlassung von Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu fördern.		
23	DGKJP	§ 4 Absatz 1		PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV unter 5. Und 6.	Es ist sinnvoll eine Institutsambulanz zuzulassen, da die dort beschäftigten Ärzte und Psychotherapeuten wechseln können und dann erst eine erneute Zulassung beantragt werden müsste; auch müsste für jeden Patienten der PIA (anders als in einer SPV-Praxis mitarbeiterbezogen) je nach Behandler ein neuer Netzwerkpartner zugelassen werden. Daher ist die PIA als	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Gesamtkonstrukt einzubeziehen. Für behinderte Kinder sind SPZs hier ebenfalls ein wichtiger Kooperationspartner, die je nach Region auch Versorgungsaufgaben übernehmen. Für Krisenpläne sind die PIAs und die Krankenhäuser u.E. ein essentieller Bestandteil des Netzwerkes. (ODER sollen für Jugendliche eigene Krisenstrukturen geschaffen werden?)	
25	CBP	§ 4 Absatz 1	Nr. 5	PatV	*Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V,* ***Frühförderstellen nach § 46 SGB IX und Leistungserbringer nach SGB IX sowie Kinder- und Jugendhilfe***	Die Einbeziehung aller Leistungserbringer (nicht nur der Psychotherapeut*innen und Ärzte, sondern aller Einrichtungen und Dienste aus SGB IX) ist für die Sicherung der Weiterbehandlung erforderlich	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, allerdings obliegt dem G-BA keinerlei Regelungsbefugnis für andere Sozialgesetzbücher, sodass Leistungserbringer des SGB IIX und IX nicht teilnahmeberechtigt sein, sondern nur berücksichtigt werden können. (§ 4 Absatz 3)

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 1	Num mer 5 und 6	PatV	Folgen der PatV-Formulierung	Diese Versorgungsangebote werden benötigt, um Angebot flächendeckend ermöglichen zu können.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
31	DMtG	§ 4 Absatz 1		PatV	SN zu Teil „Allgemeines“: § 4 Absatz 1: Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wir unterstützen die Formulierung der PatV		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 4 Absatz 1	Num mer 5+6	PatV	Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise, wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit,		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.		
34	UBSKM	§ 4 Absatz 1	Num mer 5 und 6	PatV	UBSKM unterstützt die Ergänzungen von Nr. 5 und Nr. 6 der PatV	Es ist essentiell, dass Kliniken in die Versorgung eingebunden sind und nicht nur Einzelpersonen in Kliniken. Auch die Einbindung von Institutsambulanzen ist aus Sicht von UBSKM zwingend.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine	*(Hinweis: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(z) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die

Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Lfd. Nr.	**Institu-tion**	**Betref-fende Passage**	**Ggf. Num mer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**	**Würdigung der Stellungnahme**
01	BÄK	§ 4 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Sofern unter § 4 Abs. 1 die psychiatrischen Krankenhäuser bereits als Partner des Netzverbundes aufgeführt sind, wäre eine erneute Nennung verzichtbar. Leistungserbringer zu psychiatrischer häuslicher	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Das Konzept der GKV sieht keinen Netzverbund für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie vor. Zudem werden die Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Krankenpflege gemäß § 132a SGB V haben in der Regel keine Zulassung und Kompetenzen für die Behandlung von Kindern.	jugendpsychiatrischen Einrichtung erstmalig in Absatz 2 genannt. Die Nennung der Leistungserbringenden, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, ist sachgemäß, da im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind, als Jugendliche gelten. Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie regelt zudem die Möglichkeit der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 4 Absatz 2		PatV	Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der Patientenvertretung für § 4 Absatz 2	Die von der Patientenvertretung vorgeschlagene Auflistung von im Bedarfsfall einzubeziehenden Einrichtungen und Leistungserbringer*innen ist im Vergleich zu den Vorschlägen von KBV/DKG und GKV-SV vollständig und vermeidet unnötige Einschränkungen, die ein hinreichend umfassendes Behandlungsangebot verhindern könnten. So ist es mit Blick auf komorbide Erkrankungen zielführend, neben den nach § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer*innen für Ergotherapie ergänzend die Leistungserbringer*innen für Physiotherapie und Logopädie aufzuführen, auch wenn deren Leistungsspektrum sich stärker auf Indikationen jenseits der psychischen Erkrankungen gemäß § 2 Absatz erstrecken, welche die Schwere der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebens-bereichen begründen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Angezeigt ist ferner die Nennung der Leistungserbringer*innen, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, auch wenn deren Leistungen gemäß der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der Regel erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres verordnet werden können. Ferner kann bei Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden deutlichen Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen im Krankheitsverlauf eine stationäre, teilstationäre oder stations-äquivalente Behandlung in einer (kinder- und jugend-)psychiatrischen Einrichtung eines Krankenhauses erforderlich werden. Für eine gute	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						sektorenübergreifend abgestimmte und koordinierte Versorgung ist daher der systematische Einbezug von diesen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern mit ihren verschiedenen (kinder- und jugend-) psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereichen unverzichtbar. Vor dem Hintergrund der im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie zu behandeln-den Altersgruppen und den in den Krankenhäusern zum Teil vorgehaltenen spezifischen Behandlungskonzepten ist dabei eine Einschränkung auf Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nicht in allen Fällen sachgerecht. Nicht zuletzt die Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						haben, aber (weiterhin) einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen, werden zum Teil auch Leistungen der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung von Erwachsenen von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern benötigen. Nicht selten gilt dies bei bestimmten Diagnosegruppen auch für Patient*innen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aber eines spezifischen Behandlungsangebots bedürfen, das regional lediglich von einem Krankenhaus ohne kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung vorgehalten wird. Schließlich ist es aus Sicht der BPtK sachgerecht, an dieser Stelle auch die Rehabilitations-einrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung aufzuführen, da diese in bestimmten Phasen der	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Komplexbehandlung die Versorgung ergänzen können und bei Bedarf als Leistungserbringer*innen nach SGB V systematisch in die Gesamtbehandlung eingebunden werden sollten.	
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 4 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Vorschlag KBV/DKG wird unterstützt	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				PatV	Ablehnung	Vorschlag KBV/DKG wird unterstützt	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
06	DFT	§ 4 Absatz 2		PatV	Zustimmung zu Nr 1-4, ebenso allgemein dazu, dass ein flexibles, patientenindividuelles Behandlungsteam gebildet werden soll.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 4 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks. Bürokratischer Aufwand ist möglichst klein zu halten. Es braucht Kooperation, nicht neue Strukturen, die dann erst wieder kooperieren können, wenn sie viel organisatorischen Aufwand betrieben haben.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Ziel der Richtlinie ist es nicht neue oder gar doppelte Versorgungsstrukturen zu schaffen, sondern die bestehenden Versorgungsangebote besser zu vernetzten. Anders als in der Versorgung nach der KSVPsych-RL

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							für Erwachsene wird auf die Bildung von Netzverbünden verzichtet, dennoch werden Regelungen zur Zusammenarbeit der Leistungserbringenden getroffen, die die Kooperation untereinander fördern und verbindlicher gestalten sollen.
				PatV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks. Bürokratischer Aufwand ist möglichst klein zu halten. Es braucht Kooperation, nicht neue Strukturen, die dann erst wieder kooperieren können, wenn sie viel organisatorischen Aufwand betrieben haben.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Ziel der Richtlinie muss es gerade sein, dass bestehende Strukturen besser miteinander verzahnt werden und kooperieren. Die gegenüber den Akteuren anderer Sozialgesetzbüchern ausgeprägt offene Struktur der „adhoc-Teams“ ist gerade nicht mit einem überdurchschnittlich hohen bürokratischen Aufwand verbunden, sondern fokussiert auf die pragmatische Kooperation im individuellen Fall.
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 2	*(z.B. Num mer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Wenn unter Absatz 1 die psychiatrischen Krankenhäuser bereits als Partner des Netzverbundes aufgeführt sind, ist die erneute Nennung nicht erforderlich.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Wie zuvor unter §2 Absatz 3 aufgeführt sind ambulante Pflegedienste nicht für psychisch kranke Kinder und Jugendliche zugelassen, zudem spielen in der ambulanten Versorgung Pflegeleistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine untergeordnete Rolle. Der Passus ist der Erwachsenen-RL entnommen und für die Kinder-RL nicht dienlich.	
		§ 4 Absatz 2	Num mer 2	PatV	Ablehnung	Siehe Vorzeile	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme., Absatz 1 listet die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer auf, unter Absatz 2 werden die bei Bedarf einzubeziehenden Leistungserbringer genannt. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb Leistungserbringer gemäß Nr. 2 nicht bei Bedarf einbezogen werden sollen.
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 4 Absatz 2	Num mer 1	GKV-SV	Wird abgelehnt	siehe unten	**GKV-SV:** Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 4 Absatz 2	(z.B. Num mer 2)	PatV	Wird abgelehnt		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 09
11	BDP	§ 4 Absatz 2		GKV-SV	Durch die exklusive Positivnennung einzelner Berufsgruppen (z.B. Ergotherapie) werden Leistungserbringer mit anderer Fachexpertise, welche im Behandlungsbedarf notwendig sein können, ausgeschlossen. Bei Missbrauchsverdacht kann die Einbeziehung rechtspsychologischer Expertise von Nöten sein, um diesen frühzeitig abzuklären und weitere Behandlung planen zu können. **Änderungsvorschlag***:* ***„Ergänzend können***	Bei der Versorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit komplexem Behandlungsbedarf, bei welchen ein Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder Ähnliches besteht und welche u.a. in Kinderschutz- und Trauma-Ambulanzen untergebracht sind, sollte eine Zusammenarbeit mit Rechtspsycholog:innen sichergestellt werden, damit ein möglicher Verdacht auf (sexuelle) Übergriffe frühzeitig abgeklärt werden kann. Analog hierzu wird beispielsweise in Kindschaftsverfahren, in welchen Verdacht auf (sexuelle) Übergriffe besteht, die Einbeziehung	**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die in § 4 genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind regelhaft an der Versorgung schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher beteiligt; die Einbindung anderer Berufsgruppen in die Versorgung dieser Patientengruppe wird durch diese Regelungen nicht ausgeschlossen. Von einer weiteren Spezifizierung wird daher abgesehen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					zusätzliche Leistungserbringer, wie Rechtspsychologen (zur Abklärung von Missbrauchsverdacht oder Beantwortung familienrechtlicher Fragestellungen), einbezogen werden.“	rechtspsychologischer Sachverständiger zur Einholung von Vor- oder Ergänzungsgutachten möglich, bzw. notwendig, wie zuletzt auf dem 24. Deutschen Familiengerichtstag angeführt. Daher ist eine inklusivere Einbeziehung weiterer Fachexpertise, mindesten jedoch rechtspsychologischer Fachexpertise, notwendig.	
		§ 4 Absatz 2		PatV	***Änderungsvorschlag**:* „***Ergänzend können zusätzliche Leistungserbringende, wie Rechtspsycholog:innen (zur Abklärung von Missbrauchsverdacht oder Beantwortung familienrechtlicher Fragestellungen), einbezogen werden.“***.	Durch die angeführte Nennung zusätzlicher Leistungserbringender ist in diesem Entwurf Raum für die Einholung weiterer Fachexpertise (z.B. rechtspsychologische Expertise von Fachpsycholog:innen bei Abklärung von mutmaßlichen Missbrauchsgeschehen) bereits gegeben. Zur Präzisierung möglichen Bedarfs zusätzlicher Fachexpertise würden wir folgenden Änderungsvorschlag machen.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Vorschlag prüfen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
15	bkj	§ 4 Absatz 2	*(z.B. Num mer 1)*	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme.
			Nr. 1.-4.	PatV	Zustimmung	Flexibelste und interdisziplinäre Zusammenarbeit am ehesten individuelle Auswahl gewährende Formulierung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 4 Absatz 2		GKV-SV/KBV/ DKG/Pat V	In der einzelnen Nennung sollte explizit die Soziotherapie als einzelne Ziffer (nach der Benennung der Therapeut*innen) oder bei der Ziffer zur Nennung der Therapeut*innen ergänzt werden. Diese wurde in den unterschiedlichen Formulierungsvorschläg en außer Acht gelassen. **Ergänzungsvorschlag**: ***Leistungserbringerinne n und Leistungserbringer der***	Die Leistungserbringer*innen der Soziotherapie sind an der Stelle explizit ebenfalls zu benennen, um die therapeutischen Leistungen und Akteur*innen zu komplettieren. Ein Ausschlussgrund könnte bei Nicht-Nennung abgeleitet werden, der für die DVSG nicht ersichtlich ist.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Leistungen der Soziotherapie üblicherweise nicht bei Kindern und Jugendlichen Anwendung findet. **KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme; für den Entwurf von KBV/DKG in § 4 Abs. 2 nicht einschlägig.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Soziotherapie gemäß § 37a SGB V		
				PatV	Die DVSG stimmt dieser erweiterten Formulierung zu. In der einzelnen Nennung sollte darüber hinaus explizit Soziotherapie ergänzt werden als einzelne Ziffer nach der Benennung der Therapeut*innen. **Ergänzungsvorschlag**: ***Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Soziotherapie gemäß § 37a SGB V***	Falls Soziotherapeut*innen zum Hilfe- und Unterstützungssystem gehören, so sieht die DVSG keinen Grund, diese nur in begründeten Einzelfällen hinzuzuziehen. Es bedarf an der Stelle die gleiche interdisziplinäre Selbstverständlichkeit und Einbeziehung wie bei anderen Therapeut*innen. Die im Einzelfall mögliche Einbindung weiterer Akteur*innen wird im Sinne des lernenden Systems, der Partizipations- und Teilhabeförderung, der Einbindung der Akteur*innen des Gesundheits- und Sozialwesens und der Stärkung des übergreifenden Ansatzes ausdrücklich von der DVSG gestützt. Andernfalls bleibt die Gefahr der Verharrung in der SGB V-Logik, die Akteur*innen beispielsweise der Kinder- und	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Hinweis prüfen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe oder der Schulsysteme (z. B. Schulsozialarbeiter*innen, Mental Coach) müssten im Einzelfall einbezogen werden können.	
23	DGKJP	§ 4 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Bei Annahme des erweiterten § 4 (1) wäre § 4 verzichtbar, denn mit all diesen weiteren Einrichtungen kann kooperiert werden (ebenso wie mit Kinder- oder Hausärzten ohne 2jährige KJP-Weiterbildung), was Sinn des Netzverbundes ist. Nochmals sei erwähnt dass Leistungserbringer zu psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V i.d.R. KEINE Zulassung und Kompetenzen für die Behandlung von Kindern haben – allenfalls für psychisch kranke Eltern. Auf die Vermeidung einer „Verschaffung neuer Marktanteile“ durch diese Richtlinie sollte geachtet werden!	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Nennung der Leistungserbringenden, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, ist sachgemäß, da im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind, als Jugendliche gelten. Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie regelt zudem die Möglichkeit der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Jugendlichenpsychotherapeuten in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.
				PatV	Ablehnung	Dto, siehe oben	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 09
24/ 35	SHV/ DVE	§ 4 Absatz 2	Num mer 1	PatV	Die Position der PatV wird unterstützt. Auch Leistungser-bringer:innen der Logopädie/ Sprachtherapie (Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckther-apie) und Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V sind im Rahmen der Patientenversorgung zu berücksichtigen.	Es muss möglich, im Bedarfsfall neben der Ergotherapie auch die Heilmittelbereiche der Physiotherapie und Logopädie/Sprachtherapie einzubinden, um die Versorgungsziele nach § 1 zu erreichen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 2	Num mer 2	GKV-SV	Diesem Vorschlag wird mit folgender **Ergänzung** zugestimmt:	Die Formulierung „sollen (…) eingebunden werden“ ist verbindlicher als die Formulierung „können“.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Soziotherapie findet

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer für Ergotherapie, ***Physiotherapie oder Logopädie*** *mit einer Zulassung nach § 124 SGB V****, oder eine Soziotherapie nach §37a SGB V*** Die Beschränkung der bedarfsweise einzubindenden Heilmittelbereiche auf Ergotherapie greift zu kurz und ist daher abzulehnen. Bei der Behandlung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher können neben der Ergotherapie auch Störungsbilder der Logopädie/Sprachthera pie relevant sein.	Bei der Behandlung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendliche können neben der Ergotherapie auch andere Heilmittelbereiche relevant sein. Je nach Einzelfall ist auch die Verordnung von Physiotherapie und Logopädie für die Kinder und Jugendlichen bedeutsam. Zwar dürfen Vertragspsychotherapeut:innen gemäß § 35 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie selbst nur Ergotherapie verordnen, diese Beschränkung gilt jedoch nicht für die in § 4 Abs. 1 Ziff. 1 und 3 genannten teilnahmeberechtigten Vertragsärzt:innen. U.a. sind Psychogene Stimmstörungen, frühkindlicher Autismus, Kommunikationsprobleme bei Mutismus logopädisch relevante Störungsbilder. Daher darf bei entsprechendem Bedarf der Heilmittelbereiche Logopädie/Sprachtherapie nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.	üblicherweise bei Kindern und Jugendlichen keinen Einsatz. Die Einbindung anderer Berufsgruppen in die Versorgung dieser Patientengruppe wird durch die Regelungen des § 4 nicht ausgeschlossen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Im Falle von jungen Erwachsenen zwischen dem 18. Und dem 21. Lebensjahr findet die Zielsetzung der Soziotherapie Anwendung.	
25	CBP	§ 4 Absatz 2		GKV-SV	Nicht alle Leistungserbringer werden vom GKV erwähnt		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 2	Nr. 4	PatV	***4.Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V sowie Leistungserbringer nach SGB IX mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung.***	Die Reha-Einrichtungen werden um Leistungserbringer aus SGB IX erweitert	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Hinweis prüfen.
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 2		PatV	Zustimmung, da offenste Formulierung. PIA bitte noch mit aufnehmen, jedoch nicht gekoppelt mit Krankenhäusern mit	Diese Variante bietet weitestgehende Offenheit für individuelle regionale Strukturen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Der Einbezug von nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern ermöglicht auch den Einbezug der PIA an dieser Stelle, wenn sie

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung.		nicht schon Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 ist.
28	BapK	§ 4 Absatz 2		PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, ist der KJ-Bereich offener zu denken.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme.
31	DMtG	§ 4 Absatz 2		PatV	*Letzter Absatz* Wir unterstützen die Formulierung der PatV am Ende von § 4 Absatz 1: „*…Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden“*	Wir gehen davon aus, dass Musiktherapie als eine der Künstlerischen Therapien auf der Grundlage dieser Formulierung in das Leistungsspektrum einbezogen werden kann. Eine Öffnung der in der Richtlinie benannten Leistungserbringer betrachten wir als erforderlich, um Patientinnen und Patienten sektorübergreifend diese Therapien nicht vorzuenthalten, die Patientinnen und Patienten unabhängig von verbaler Kommunikation erreichen. Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten sind – wie alle Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten – durch ihre	**PatV**: Leistungen der Musik- oder Kunsttherapie stellen aus Sicht der PatV wichtige komplementäre Leistungen dar. Ggf. werden sie im Rahmen von nichtärztlichen sozialpädiatrischen bzw. heilpädagogischen Maßnahmen am SPZ erbracht, welche die PatV in ihrem Vorschlag bei den Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 berücksichtigt. Im Übringen ist eine Erbringung zulasten der GKV im Rahmen von Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation möglich.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Ausbildung bzw. ihr Studium für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gut qualifiziert. In unterschiedlichen Einrichtungen und in eigener Praxis haben sie sich etabliert und sind deshalb in Abrechnungssystemen wie dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie für Rehabilitationsbehandlung in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) implementiert. Künstlerische Therapien werden auch in AWMF Leitlinien empfohlen. Deshalb sollten sie in das Spektrum der Leistungserbringer einbezogen werden.	
32	BED	§ 4 Absatz 2	Num mer 1	GKV-SV	Wir begrüßen den Einbezug der Ergotherapie zur	Die KBV/DKG weisen zu Recht in ihrem Entwurf der Tragenden Gründe in Anlage 6 auf die im Vergleich zu der Versorgung der	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Einbindung anderer

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Adressierung der Versorgungsziele. Darüber hinaus ist zudem eine Ergänzung um die Bereiche Physiotherapie und Logopädie sinnvoll. Wir unterstützen damit den Vorschlag der KBV/DKG.	Erwachsenen unterschiedlichen Versorgungsstrukturen hin. So erbringen auch Physiotherapierende und Logopäd*innen Leistungen in diesem Kontext, sodass eine Ergänzung um eben jene Berufsgruppen bedarfsgerecht und gerade im Rahmen von Fallbesprechungen sinnvoll ist.	Berufsgruppen in die Versorgung dieser Patientengruppe wird durch die Regelungen des § 4 nicht ausgeschlossen; von einer weiteren Spezifizierung wird daher abgesehen.
33	DGSF + SG	§ 4 Absatz 2	Num mer 4	PatV	Zustimmung	Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise, wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit, insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 4 Absatz 2		PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der	Körpertherapie spielt bei der Behandlung von Traumafolgen	**PatV**: Siehe lfd. Nr. 31

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					PatV und bittet um Prüfung, ob Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Kunst- und Körpertherapie ergänzt werden können.	eine große Rolle, Kunsttherapie ist vor allem für Kinder und Jugendliche mit mehrfacher Beeinträchtigung eine gute Behandlungsmöglichkeit. Die Einbeziehung von Rehabilitationseinrichtungen ist wichtig. Der Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung kann für Kinder und Jugendliche eine gute Alternative zum Aufenthalt in einer Psychiatrie sein.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 in Verbindung mit § 4 Absatz 7. Im Vorschlag von KBV/DKG werden in § 4 Absatz 2 die Voraussetzungen für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 definiert. Danach ist gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eine Erklärung einzureichen, dass die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Angaben in einem öffentlichen Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten zugestimmt wird. Darüber hinaus wird im Vorschlag von KBV/DKG in § 4 Absatz 7 geregelt, dass die Kassenärztlichen	Die Veröffentlichung der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer*innen ist zum einen dafür erforderlich, damit sich die fachärztlich-psychotherapeutischen Teams in einer Region zusammenfinden können, zum anderen aber auch, dass Patient*innen und Zuweiser*innen sich gezielt an die entsprechenden teilnahmeberechtigten Leistungserbrin-ger*innen wenden können. Hierbei müssen auch die Krankenhäuser und die Krankenkassen über die entsprechenden Informationen verfügen, um die Überleitung aus dem Krankenhaus in die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Versorgung zielgerichtet vornehmen bzw. die Versicherten, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Vereinigungen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung gestellt wird.	bedürfen könnten, entsprechend beraten zu können. Entgegen dem Vorschlag der Patientenvertretung ist es dabei nicht erforderlich, dass die Leistungserbringer*innen diese Er-klärung auch gegenüber den Landeskrankenhausgesellschaften übermitteln, da diese die erforderlichen Informationen von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten. Auch die erneute Übermittlung der Erreichbarkeitszeiten ist hierbei nicht erforderlich, da diese bereits den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegen und ggf. vorgenommene Änderungen ohnehin angezeigt werden müssen. Der Regelungsvorschlag des GKV-SV, der unter anderem auf den Nachweis eines Kooperationsvertrags mit einer nichtärztlichen Person abstellt, ist nicht sachgerecht. Die entsprechenden Ausführungen dazu finden sich unter § 5.	

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP / BVDN	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Reduktion des bürokratischen Aufwands wird die Umsetzung in der Versorgung befördern.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Pragmatische Regelung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS / DGSPJ	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Stimmen wir zu		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Ablehnung	Überregulierung	**KBV/DKG:** Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Einfache Regelung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Ablehnung	Anforderungen sind schwerer zu erfüllen.	**KBV/DKG**: Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(4) (3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen	

	und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV/DKG für § 4 Absatz 3** Die Versorgung nach dieser Richtlinie zielt auf eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von besonders schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, deren komplexer multiprofessioneller Behandlungs- und	Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, aufeinander abgestimmten multi-professionellen Versorgung ist das regelhafte und systematische Zusammenwirken einer Fachärzt*in nach Absatz 1 Nr. 1 oder Nr. 3 und einer Psychotherapeut*in nach Absatz 1 Nr. 2 oder Nr. 4 zielführend. Durch das regelhafte Zusammenarbeiten der beiden	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Unterstützungsbedarf sich regelhaft auch auf Leistungen jenseits des SGB V erstreckt. Mit der vor-geschlagenen Definition der Patientengruppe soll ein ambulantes multiprofessionelles Versorgungsangebot geschaffen werden, das ganz gezielt auf die Patientengruppe von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in den Blick nimmt, die regelhaft schon länger im Versorgungssystem behandelt werden und häufig bereits Unterstützungsleistungen jenseits des SGB V erhalten. Dies impliziert zugleich, dass die Patient*innen häufig über längere Zeiträume entsprechend der jeweiligen Krankheitsverläufe multiprofessionell versorgt und begleitet werden müssen. Durch die starke Fokussierung auf diese Patientengruppe kann es gelingen, dass für diese im Rahmen dieser Versorgung aus der vertragsärztlichen	Leistungserbringer*innen in einem patientenindividuellen Team kann eine interdisziplinäre Kooperation sichergestellt werden, bei der patientenbezogen jeweils sowohl die ärztlich-psychiatrische als auch die psychotherapeutische Expertise einfließen und eine kontinuierliche gemeinsame Reflexion des Krankheits- und Behandlungsverlaufs der Pati-ent*in gewährleistet wird. Sie bilden damit den Nukleus des patientenindividuellen Teams für die ambulante Komplexbehandlung, der je nach patientenindividuellem Bedarf um weitere Leistungserbringer*innen ergänzt werden kann. Neben der Sicherung eines fachlichen Vier-Augen-Prinzips kann dabei auch in besonderer Weise sichergestellt wer-den, dass ggf. erforderliche Anpassungen des Behandlungsplans mit ergänzenden	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Versorgung heraus gezielt die erforderlichen Behandlungsressourcen für eine abgestimmte, ambulante Komplexbehandlung bereitgestellt werden können. Der Vorschlag von KBV/DKG sieht vor, dass für die Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens eine Fachärzt*in nach Absatz 1 Nr. 1 oder Nr. 3 und eine Psychotherapeut*in nach Absatz 1 Nr. 2 oder Nr. 4 als patientenindividuelles Team zusammenwirken. Die Intensität des Zusammenwirkens soll sich patientenindividuell bestimmen, gemäß § 7 Absatz 2 Nr. 5 jedoch mindestens eine gemeinsame Fallbesprechung pro Quartal umfassen und die Ab-stimmung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 Absatz 2 beinhalten.	psychotherapeutischen oder ärztlich-psychiatrische Behandlungsmaßnahmen durch das patientenindividuelle Team zeitnah auf der Basis langfristig bestehender Vertrauensbeziehungen zur Patient*in umgesetzt werden können.	
04/ 05	BVDP / BVDN	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07/ 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Netzkonzeption KBV/DKG wird unterstützt	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung Es sollte folgender Text **ergänzt** werden: …*Psychotherapeutinnen* ***sowie ein in Nummer 5 oder 6 genanntes kinder- und jugendpsychiatrisches Krankenhaus mit Institutsambulanz oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum*** *zur Erfüllung der Aufgaben*….	Zu einem Netzwerk sollten mindestens 3 Partner gehören.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Zu den hier Benannten des patientenindividuellen Teams können je nach Bedarf weitere Akteure hinzugezogen werden, vgl. insbesondere Absatz 4.
15	bkj	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung	Überregulierung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung.		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung	1 Arzt und 1 Psychotherapeut sind noch kein Netzwerk.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. Beschrieben wird die Mindestgröße eines patientenindividuellen Teams, das nach Bedarf erweitert wird.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ausdrückliche Befürwortung.	Flexibel und praktikabel, praxisnaher Vorschlag.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Absatz 3 KBV/DKG *multidisziplinäre Teams* Bei der Erstellung der Richtlinie müssen aus unserer Sicht reale, bereits existierende Versorgungsdefizite berücksichtigt werden. Von der Versorgung der Patient*innen in einem patientenindividuellen Team aus den benannten Berufsgruppen ist daher abzusehen, um eine flächendeckende Implementierung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
36	VAKJP	§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Wir begrüßen ausdrücklich, dass für die Rili ein Netz von nur 2 Fachärztinnen bzw. Psychotherapeutinnen ausreichen kann […]		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 4 Absatz 4		KBV/DKG	Ablehnung; Nummer 2: sinnvolle Ergänzung bei Bedarf	(s. § 4 Absatz 2)	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
04	BVDP	§ 4 Absatz 4		KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
05	BVDN	§ 4 Absatz 4		KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 4		KBV/DKG	Zustimmung	Netzkonzeption von DKG/KBV wird unterstützt	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
08	PIBB	§ 4 Absatz 4	*Neu 4.*	KBV/DKG	***Ergänzung**:* ***4. Leistungserbringer-innen oder Leistungserbringer für Soziotherapie mit einer Zulassung nach §37a SGB V.***	Alle Leistungserbringer, die sich um Förderung von Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung junger Erwachsener kümmern, sollten einbezogen werden	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme Soziotherapie ist für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht einschlägig.
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 4	Num mer 1	KBV/DKG	Nummer 1 Ablehnung	Nummer 1: wie bereits vorgeschlagen sollen psychiatrische Krankenhäuser und Institutsambulanzen Partner des Netzverbundes sein (§4 Absatz 1)	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Zu Nr. 1: KBV/DKG-Vorschlag zielt auf eine Versorgung im ambulant ausgerichteten Setting, bei dem die Koordination und Planung (Bezugsfunktion) in vertragsärztlicher Verantwortung

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							liegt; daher erfolgt keine Verortung in Abs. 1. Darüber hinaus ist kein Netzverbund, sondern die Bildung eines patientenindividuellen Teams, welches nach Bedarf auf weitere Kompetenzen zugreift.
			Nr. 2		Nummer 2 Zustimmung	Nummer 2: sinnvolle Ergänzung bei Bedarf	Zu Nr. 2 Dank und Kenntnisnahme
			Nr. 3		Nummer 3 Ablehnung	Nummer 3: bisher keine Zulassung der ambulanten psychiatrischen Pflege für Kinder und Jugendliche. Daher für die Versorgung nicht relevant, kann gestrichen werden.	Zu Nr. 3: für den vertragsärztlich-ambulanten Bereich ist der Versorgungsbereich in Entwicklung begriffen.
10	DGPPS	§ 4 Absatz 4	*Num mer 1*	KBV/DKG	Wir stimmen dem gesamten Absatz 4 zu mit folgender **Ergänzung bei Nummer 1:** Bei den nach §8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern muss ergänzt werden ***„und mit einer psychosomatischen Einrichtung und***	Siehe oben	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Die Formulierung zum Einbezug der Krankenhäuser wurde bewusst weit gefasst ohne aufgrund bundesweit begrenzter Verfügbarkeit unnötig einzugrenzen. Da es sich um die Versorgung schwer psychisch erkrankter Kinder und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche (nur DGSPJ: ***sowie sozialpädiatrische Fachkliniken.“***		Jugendlicher handelt, wird das Vorhandensein von Einrichtungen mit kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenz vorgesehen.
15	bkj	§ 4 Absatz 4	(z.B. Num mer 1)	KBV/DKG	Ablehnung	Alternativformulierung von PatV geeigneter	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 4 Absatz 4	Absat z 4 Ziffer 2 oder ergän zende Ziffer	KBV/DKG	In der einzelnen Nennung sollte explizit die Soziotherapie als einzelne Ziffer (nach der Benennung der Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie in Ziffer 2) oder bei der Ziffer 2 in der Nennung ergänzt werden. **Ergänzungsvorschlag**: ***Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Soziotherapie gemäß § 37a SGB V***	Den Leistungserbringer*innen für Soziotherapie ist die gleiche interdisziplinäre Selbstverständlichkeit und Einbeziehung wie bei anderen Therapeut*innen zu gewähren. Dies ist durch die Benennung sicherzustellen.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme Soziotherapie für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht einschlägig.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 4 Absatz 4		KBV/DKG	Ablehnung	Siehe Ausführungen weiter oben. Krankenhäuser sind im Rahmen ihrer Pflichtversorgung für Krisen sowieso immer beteiligt und sollten auch primär Teil des Netzwerkes für die besonders komplex gestörten Patienten sein – d.h. nicht nur „bei Bedarf“. Psychiatrische häusliche Krankenpflege müsste auf Kinder und Jugendliche spezialisiert und dafür zugelassen sein.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 4 Absatz 4	Num mer 2	KBV/DKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt. Allerdings ist dem Entwurf von KBV/DKG unseres Erachtens eine klarstellende Änderung erforderlich:	Im Bedarfsfall muss es ebenfalls möglich sein, mehrere Leistungserbringer:innen einzubeziehen, wenn dies zur Erreichung der Versorgungsziele geeignet ist. Die von KBV/DKG gewählte Formulierung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. Zustimmung zur klarstellenden Änderung.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					In § 4 Abs. 4 Ziff.2 wird das Wort „*oder*“ durch „***und***“ **ersetzt**.	(„oder“) könnte dahingehend verstanden werden, dass nur Leistungserbringer:innen aus einem Heilmittelbereiche einbezogen werden und nicht bei Bedarf auch aus mehreren Heilmittelbereichen nebeneinander.	
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 4		KBV/DKG	Zustimmung	s.o.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 4 Absatz 4	Num mer 1	KBV/DKG	Es sollten grundsätzlich Kliniken und nicht nur Einzelpersonen in Kliniken in die Versorgung eingebunden sein. Auch die Einbindung von Institutsambulanzen ist aus Sicht von UBSKM zwingend.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme Der KBV/DKG-Vorschlag sieht den Einbezug von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern mit Psychiatrischer Institutsambulanz nach § 118 SGB V vor. Damit wurde der Vorschlag eines institutions- statt einzelpersonenbezogenen Ansatzes bereits umgesetzt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 4 **KBV/ DKG:** Absatz 5	10	KBV/DKG	Bei Bedarf sollte neben dem Jugendamt auch der Bezirk mit einbezogen werden (sofern zuständig für geistig und körperlich behinderte Kinder und Jugendliche, s. Bayern)		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme Die Einbeziehung von Trägern der Jugendhilfe ist sinnvoll und u.E. durch die Erläuterung in den Tragenden Gründen adressiert.
02	BPtK	§ 4 **PatV:** Absatz 3		PatV	**Ausgehend von dem Regelungsvorschlag der Patientenvertretung schlägt die BPtK vor, diesen bis Nummer 13 zu übernehmen und den daran anschließenden letzten Satz zu streichen.**	Aus Sicht der BPtK ist es zielführend, dass in diesem Absatz eine möglichst vollständige Auswahl an Leistungserbringer*inne n und Einrichtungen aufgeführt wird, die bei Bedarf im Rahmen der Versorgung der Patient*innen nach dieser Richtlinie berücksichtigt wer-den sollen. Ziel dieser	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den nachvollziehbaren Änderungsvorschlag prüfen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Auflistung ist es, insbesondere die im patientenindividuellen Team beteiligten Leistungserbringer*inne n dafür zu sensibilisieren, mit welchen Berufsgruppen und Einrichtungen jenseits des SGB V ein Austausch gesucht werden könnte und ggf. sollte, um die Versorgungsziele wirksam verfolgen zu können. Neben Rehabilitationseinrich-tungen, Pflegeeinrichtungen, psychosozialen und Suchtberatungsstellen und anderen psychosozialen Einrichtungen sind dabei nicht zuletzt auch Jugendämter, Einrichtungen der Jugendhilfe, aber auch Schulen und Kitas zu nennen, jeweils die	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Zustimmung der Patient*in bzw. der Sorgeberechtigten zum Austausch zwischen der Einrichtung und der Ärzt*in sowie der Psychotherapeut*in vorausgesetzt. Durch die Nennung der Selbsthilfe-organisationen unter Nummer 8 bzw. Nummer 7 ist der erneute Hinweis auf die Angebote der Selbsthilfe im Anschluss an Nummer 13 nicht erforderlich.	
04	BVDP	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 3 PatV	Num mer 1-4	PatV	Ablehnung	Der Einbezug von nicht zur Teilnahme an dieser RL berechtigten Leistungserbringern kann ggf. in einem späteren Schritt erwogen werden, wenn sich die RL	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Absatz 3 regelt im Entwurf der PatV nicht die einzubeziehenden, sondern die zu berücksichtigenden Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher. Die

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						etabliert hat und ein solcher Schritt dann sinnvoll erscheint	sozialgesetzbuchübergreifende Kooperation gehört zum geeinten Ziel der Richtlinienentwürfe, da die besonderen Belange von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sowie die de facto existierende Versorgungsrealität dieses für eine gelingende Versorgung notwendig machen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb die Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher keine Berücksichtigung finden sollen.
		§ 4 **KBV/ DKG:** Absatz 5	Num mer 5	KBV	Zustimmung, keine Änderung	Der Einbezug von Rehabilitationseinrichtun gen nach §111 SGB V wird unterstützt.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 **KBV/ DKG:** Absatz 5	Num mer **[KBV/ DKG:** 10.**]**	*KBV/DKG*	Zustimmung, keine Änderung	Der Einbezug von Jugendämtern wird unterstützt.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
05	BVDN	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		DKG: Absatz 5**]**					
		§ 4 **PatV** Absatz 3	Num mer 1-4	PatV	Ablehnung	Der Einbezug von nicht zur Teilnahme an dieser RL berechtigten Leistungserbringern kann ggf. in einem späteren Schritt erwogen werden, wenn sich die RL etabliert hat und ein solcher Schritt dann sinnvoll erscheint	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04
		KBV/ DKG: Absatz 5	Num mer 5	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Der Einbezug von Rehabilitationseinrichtungen nach §111 SGB V wird unterstützt.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		KBV/DKG: Absatz 5	Num mer **[KBV/ DKG:** 10.**]**	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Der Einbezug von Jugendämtern wird unterstützt.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
06	DFT	**[KBV/ DKG:** Absatz 5**]**		KBV/DKG /PatV	Die Absätze 9, 10, 11, 12 der PatV sind zu befürworten	Formulierung so, dass die jeweiligen lokalen Anbieter integriert werden können.	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/ DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 PatV Absatz 3		PatV	Keine Ablehnung	Einleitender Satz der PatV denkbar. Regelung im Vorschlag GKV-SV/KBV/DKG aber bereits eindeutig und kürzer, wird deshalb favorisiert.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	Nr. 5-9	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung zu den Inhalten.	Das „und“ des GKV-SV unter Nr. 8 ist nicht sinnvoll, da weitere Punkte bei DKG/KBV/PatV folgen, denen unsererseits zugestimmt wird.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Das „und“ muss jedoch enthalten bleiben, da im Regelungstext des GKV-SV nur die unter Nummer 1-9 genannten Gruppen bei Bedarf hinzugezogen werden können. **PatV:** Dank und Kenntnisnahme
			Num mer **[KBV/ DKG**: 10-13**]**	KBV/DKG /PatV	Zustimmung zur Aufzählung von DKG/KBV	Formulierungen der PatV werden nicht abgelehnt, die von KBV/DKG erscheinen klar und ausreichend.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/ DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**		GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Alle Aufzählungen, bis auf die Nummer 4, sind im Bedarfsfall einzubeziehende Leistungserbringer anderer Hilfesysteme. Nummer 12 PatV ist als Bezeichnung der Nummer 13 GKV/DKG vorzuziehen Nummer 4 Ablehnung	Nummer 4: diese spielen nach unserer Kenntnis bisher keine Rolle in der Versorgung chronisch psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Es fehlt die Schulsozialarbeit in der Aufzählung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Die Schulsozialarbeit ist unter Nr. 13 subsumiert. **PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Ergänzungsvorschlag prüfen.
		§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	(z.B. Nummer **[KBV/ DKG:** 10.**] [PatV:** 9.**]**	KBV/DKG /PatV	s.o.	s.o.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Ergänzungsvorschlag prüfen.
10 / 30	DGPPS / DGSPJ	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz	Nummer 1	GKV-SV/ KBV/DKG	*„… **und Psychosoziale Konsil- und Liaisondienste (in Kliniken***	Diese Dienste leisten in Kliniken der Kinder- und	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**]**			***der Kinder- und Jugendmedizi****n)* …“ Im Übrigen schließen wir uns der Fassung von § 4 KBV/DKG an	Jugendmedizin einen wichtigen Beitrag in der psychosozialen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.	U.E. durch die aktuelle Formulierung abgedeckt, die Ergänzung der Tragenden Gründe wird geprüft.
11	BDP	§ 4 PatV Absatz 3		PatV	Zustimmung	Umfassender Einbezug der relevanten Gruppen.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 **[KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	**[KBV/ DKG:** Num mer 13.**] [PatV:** Num mer 12, 13.**]**	KBV/DKG /PatV	**Ergänzung**: ***Schulen und schulpsychologische Dienste*****.**	Im Schulkontext sind Schulpsycholog:innen mit den Aufgaben betraut und koordinieren Leistungen. Da nicht an jeder Schule ein schulpsychologischer Dienst ist, im Gegenteil, reicht der Terminus Schule für den Einbezug der fachlichen Strukturen nicht aus. Streng interpretiert wären im Terminus Schule schulpsychologische Dienste sogar ausgenommen, da sie nicht institutioneller	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. U.E. durch die aktuelle Formulierung abgedeckt. **PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Ergänzungsvorschlag prüfen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Bestandteil der jeweiligen Schule sind.	
13	VDAB	§ 4 Absatz 3		PatV	Der VDAB unterstützt die Formulierung der PatV.	Der Einbezug sollte zur optimalen Patientenversorgung regelhaft erfolgen.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	Num mer 4	GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Der VDAB stimmt zu.	Zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante (Kinder-) Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben sind wichtige Partner im Rahmen der Versorgung gemäß dieser Richtlinie.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/ DKG	Ablehnung	Zustimmung zur Version der PatV	**GKV-SV/KBV/DKG:** Kenntnisnahme **PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 3		PatV	Insgesamt Zustimmung	Wir halten die Einbeziehung der genannten Personen und	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Einrichtungen wie die PatV für „in der Regel erforderlich“ und halten die in der PatV-Version genannten Einrichtungen für sachgerecht. Auch die Erwähnung der Selbsthilfe gehört aus unserer Sicht unbedingt hierher.	
15	bkj	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	So flexibel wie möglich, Einbeziehung aller relevanter Akteure angestrebt	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 3		PatV	Zustimmung	So flexibel wie möglich, Einbeziehung aller relevanter Akteure angestrebt	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	Num mer 3	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung	So flexibel wie möglich, Einbeziehung aller relevanter Akteure angestrebt	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	Num mer [KBV/ DKG: 10.] [PatV: 9.]	KBV/DKG /PatV	Zustimmung	So flexibel wie möglich, Einbeziehung aller relevanter Akteure angestrebt	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	Num mer [KBV/ DKG: 10 - 13.] [PatV: 9.]	KBV/DKG /PatV	Zustimmung: (10) Jugendämter und (11) öffentliche Gesundheitsdienste sowie (12) Einrichtungen der Jugendhilfe und (13) Schulen sollten zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden.	Die genannten Institutionen können in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine wichtige Bedeutung einnehmen. Es dürfen keine Parallelstrukturen der Versorgung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen entstehen, die im Rahmen dieser Richtlinie angesprochen werden-dem entsprechend sind sie zu beteiligen.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**]**	Nr. 2	GKV-SV/ KBV/ DKG	Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ist auch die öffentliche Jugendhilfe im Sinne der Eingliederungshilfe	Die im Zusammenhang mit dem Bundesteilhabegesetz initiierte Neuorganisation ist noch	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Bei der Regelung in § 4 Absatz 3 handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung, so

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		[PatV: Absatz 3**]**			für psychisch behinderte oder von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher (§ 35a SGB VIII) eine Differenzierung gegenüber der Eingliederungshilfe im Sinne der §§ 75ff SGB IX (Teilhabe an Bildung und Soziale Teilhabe) wäre sinnvoll. Konkreter **Änderungsvorschlag**: *Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der* ***Eingliederungshilfe sowie der öffentlichen Jugendhilfe im Sinne des § 35a SGB VIII***	in den einzelnen Bundesländern und bundesweit als lernendes System zu begreifen. Solange die beiden Sozialleistungsträger (hier: Eingliederungshilfe und Jugendhilfe) noch nicht zusammengeführt sind, ergeben sich immer wieder Bruchstellen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung und psychischen Problemen/seelischen Behinderung. Entsprechend sollte die Erwähnung der öffentlichen Jugendhilfe erfolgen.	dass von einer weiteren Konkretisierung abgesehen wird. **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme U.E. von der aktuellen Formulierung umfasst.
		§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**]**	Nr. 11/12	KBV/ DKG/ PatV	Jugendhilfeeinrichtungen, therapeutische Wohngruppen der Jugendhilfe und das ganze Netz der freien Jugendhilfeträger sollte zur Adressierung der	Einrichtungen bzw. freie Träger der Jugendhilfe sollten unbedingt engmaschig einbezogen werden. Die öffentliche Jugendhilfe ist	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme Mit der Aufzählung ist keine Gewichtung verbunden.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		[PatV: Absatz 3**]**			Versorgungsziele an prominenterer Stelle einbezogen werden. Insofern ist in der Nummerierung zu prüfen, ob die Nennung in der Reihenfolge eher weiter vorne Erwähnung findet.	Rehabilitationsträger im Sinne des § 35a SGB VIII und in der Praxis der bzw. die häufigste Ansprechpartner*in bei weitergehenden Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche.	
		§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	Nr. 12 und 13	KBV/ DKG/ PatV	Die DVSG unterstützt die Nennung von Bildungseinrichtungen, da dies auch die Nahtlosigkeit fördert und Versorgungsbrüche vermeiden hilft. In der Formulierung Bildungseinrichtungen sind Schulträger inkl. der jeweiligen Funktionseinheiten und Akteur*innen wie z. B. der Schulpsychologische Dienst, die Schulsozialarbeit sowie der vorschulische Bereich inkludiert.	Die leistungsrechtliche Verpflichtung zur Rehabilitation von Schulträgern vor allem im Kontext „inklusiver Beschulung“ ergibt sich aus dem jeweiligen Landesrecht, sollte jedoch eine Entsprechung auch in dieser Richtlinie finden. Aus Sicht der DVSG können Bildungseinrichtungen und jeweilige Funktionseinheiten in einer Ziffer benannt werden.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz		GKV-SV/	Prinzipielle Zustimmung; aber wäre es nicht möglich, eine		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		3**] [KBV/ DKG:** Absatz 5**]**		KBV/ DKG	allgemeine Formulierung zu finden anstelle 13 verschiedene Player aufzulisten, die sicherlich (!) keine abschließende Aufzählung darstellen? Bei **5., 6., 7., 8**. Müsste zwingend **ergänzt** werden: ***„zur*** ***Versorgung von Kindern und Jugendlichen*** ***spezialisierte***“		**GKV-SV:** Bei der Vielzahl und Unterschiedlichkeit der Aktuere fällt eine weitergehnde zusammenfassende Formulierung schwer. Von einer Spezifizierung der Leistungserbringenden der Nummern 5-8 wird abgesehen, da diese von der bisherigen Formulierung umfasst sind.
		§ 4 Absatz 3		PatV	Zustimmung zum Einleitungssatz; ansonsten wie für die anderen Bänke; es fehlen unter 13. die ***Schulsozialarbeiter***	Die Formulierung „Zusammenarbeit angestrebt“ ist besser als „bei Bedarf einbezogen“, denn laut SGB IX gilt für die meisten genannten ein „Kooperationsgebot“ und sie müssen nicht zusätzlich für Kooperation aus dem SGB V finanziert werden.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme, dem Hinweis wird jedoch nicht gefolgt, da Absatz 3 keine abschließende Auflistung darstellt. Der Entwurf der PatV umfasst auch den Bereich der Schule und damit alle dort tätigen Personen.
25	CBP	§ 4 Abs. 3	Nr. 14 Nr. 15	PatV	***Frühförderstellen nach § 46 SGB IX***	Die Frühförderstellen und die MZEB sind die Anlaufstellen für viele	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Ergänzungsvorschlag prüfen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB)	Familien mit Kindern und Jugendlichen	
27	DGVT-BV	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/ DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/ DKG	Zustimmung	Bietet Möglichkeit, sich an den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen zu orientieren.	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 3		PatV	Zustimmung		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
28	BApK	§ 4 Absatz 3		PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der KIJu-Bereich bindet fast regelhaft Leistungserbringer außerhalb des SGB V ein.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 4 **[KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	(z.B. Num mer **[KBV/ DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]**	KBV/ DKG/ PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Jugendämter sind ein wesentlicher Mitspieler bei der komplexen Versorgung von KiJu.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 4 Absatz 3	Num mer 4	PatV	Zustimmung	Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise, wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit, insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.	
		§ 4 Absatz 3	Nr. 5	KBV/ DKG	Zustimmung	**Absatz 3 KBV/DKG** *multidisziplinäre Teams* Bei der Erstellung der Richtlinie müssen aus unserer Sicht reale, bereits existierende Versorgungsdefizite berücksichtigt werden. Von der Versorgung der Patient*innen in einem patientenindividuellen Team aus den benannten	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Berufsgruppen ist daher abzusehen, um eine flächendeckende Implementierung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.	
		§ 4 **[PatV:** Absatz 3**]**	Num mer 9, 10, 11, 12, 13	PatV	Zustimmung	Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise, wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit, insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
34	UBSKM	§ 4 Absatz 3		PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV und bittet um Prüfung, ob Angehörigengruppen, Gruppen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und spezialisierte Fachberatungsstellen ergänzt werden können. Darüber hinaus bittet UBSKM zu prüfen, ob ***Fallmanager der Versorgungsbehörden nach dem Sozialen Entschädigungsrecht*** ergänzt werden können.		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Ergänzungsvorschlag prüfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	*„[…](Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer* **und** *der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen*“ sollte **ersetzt** werden **durch**: *„[…] (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer* ***bzw****. der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer“*		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Ablehnung aus rechtsförmlichen Gründen
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz	GKV-SV/KBV/	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	DKG/ PatV			
09	BAG-KJPP	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS / DGSPJ	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4] **[KBV/DKG:** Absatz 6] **[PatV:** Absatz 4]	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	**§ 4** [GKV-SV: **Absatz 4**]	GKV-SV/KBV/	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		[KBV/DKG: **Absatz 6**] [PatV: **Absatz 4**]	DKG/ PatV			
23	DGKJP	**§ 4** [GKV-SV: **Absatz 4**] [KBV/DKG: **Absatz 6**] [PatV: **Absatz 4**]	GKVSV/ KBV/ DKG/ PatV	**Ergänzung** Es fehlen hier die ***Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeute***n, bitte ergänzen; die PPth müssen eine Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben.	KJPth sind für diese RiLi noch wichtiger als die Psychologischen Pth	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Zustimmung. Der Beschlussentwurf wird ergänzt wie vorgeschlagen.
27	DGVT-BV	§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Muss sich auf MWBO alt und neu beziehen! Muster-Weiterbildungsordnung der Psychotherapeut*innen Muster-Weiterbildungsordnung der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Zustimmung. Der Beschlussentwurf wird ergänzt wie vorgeschlagen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP/ BVDN	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP/ SpiZ	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	Schafft Transparenz und kann damit auch Patientinnen und Patienten und den Sorgeberechtigen helfen, einen am Verbund beteiligten Leistungsanbieter zu	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					finden, und damit eine angemessene Versorgung bei chronisch psychischer Erkrankung	
10 / 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Streichung	Regional verfügbare Leistungserbringer, die bereits involviert sind, sollen versorgen.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Der VDAB unterstützt diesen Vorschlag.	Das öffentliche Onlineverzeichnis unterstützt die Transparenz und niederschwellige Suche nach Teilnahmenberechtigten.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	Sinnvolle Serviceleistung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung.	Ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten trägt zur Transparenz des Leistungsangebotes bei und erleichtert Patient*innen, Beteiligten und möglichen Kooperationspartnern den	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Zugang zu diesem Leistungsangebot. Auf die explizite Meldung im Einzelnen der Funktion als Bezugsärztin/Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin/ Bezugspsychotherapeut kann ressourcenschonend verzichtet werden. Diese Tätigkeit ergibt sich aus den Abrechnungsdaten.	
23	DGKJP	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	Erleichtert Zugang	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten	

	wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Lfd. Nr.	**Institu-tion**	**Betref-fende Passage**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**	**Würdigung der Stellungnahme**
01	BÄK	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	Wichtige Ergänzung da patientenorientiert	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10 / 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Streichung	Der bereits behandelnde Leistungserbringer soll in den Behandlungsplan einbezogen werden, soweit er regional verfügbar ist.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	**Ergänzung** *nach „… einbezogen werden“:* ***Zur Sicherung der Behandlungskontinuität sollen sie auch die Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen, soweit nicht gewichtige Gründe dagegensprechen*****.“**	Ebenso wie in der Richtlinie für Erwachsene, bedeutet die Zuweisung eigener Bezugspersonen mit Verantwortung für Planung und Koordination der Maßnahmen zu Beginn der Versorgung ggf. einen Bruch der personellen Kontinuität bei Eintritt und evtl. auch bei Austritt aus der Versorgung, der den Erfolg in vielen Fällen gefährden dürfte.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Die jeweiligen ärztlichen, psychotherapeutischen oder weiteren Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen können jederzeit ihre Teilnahme erklären, sofern sie die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllen.
15	bkj	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	Durchaus wünschenswert, vorbehaltlich der Honorierung des zusätzlichen Organisations- und Zeitaufwandes.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
17	DPTV	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung.	Die Fortführung bereits laufender Behandlungsmaßnahmen in Abstimmung mit dem Gesamtbehandlungsplan und unter Einbeziehung bei Fallbesprechungen ermöglicht Kontinuität der Behandlung dort wo diese das Behandlungsergebnis fördert. Die Möglichkeit der Weiterführung bestehender Behandlungen fördert die Akzeptanz bei Patient*innen hinsichtlich einer Überleitung in das Behandlungsangebot nach dieser Richtlinie.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	Sichert die Kontinuität der Behandlung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	UBSKM sieht diese Regelung kritisch. UBSKM bittet zu prüfen, ob eine Regelung	Bei schon laufender Behandlung sollte der bisherige	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				möglich ist, nach der die behandelnde Therapeutin/Therapeut/Arzt/Ärztin auch die Rolle der/des Bezugstherapeutin/-therapeuten/ärztin/arztes übernehmen kann. Für den Fall einer neuen Bezugsärztin/Bezugsarzt oder einer neuen Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeuten bittet UBSKM zur prüfen, wie ein Gesamtbehandlungsplan gemeinsam mit der bisherigen behandelnden Ärztin/Arzt/Therapeutin/Therapeuten erstellt werden kann.	Behandlungsplanung nicht einfach abgegeben werden und ein Kind seine bisherige Therapeutin nicht unfreiwillig abgeben müssen.	Die jeweiligen ärztlichen, psychotherapeutischen oder weiteren Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen können jederzeit ihre Teilnahme erklären, sofern sie die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllen. Sofern dies nicht der Fall ist, ermöglicht die Regelung nach Absatz 8, dass diejenige Person die Behandlung fortsetzen kann, auch wenn sie nicht weitere Aufgaben wie Koordination und Planung und weitere übernimmt. Der Einbezug in die Behandlungsplanung ist durch den vorliegenden Entwurf bereits abgedeckt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem		

Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
06	DFT	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Eine koordinierende Person als Voraussetzung für das Tätigwerden nach der Richtlinie vertraglich zu binden wird die praktische Umsetzbarkeit der Richtlinie erheblich einschränken und wird deshalb nicht befürwortet.	Vertragliche Bindung wird eine bestimmte „Menge“ an Behandlungsfällen benötigen, das wird nicht immer realistisch sein und Kindern den Zugang zur Behandlung nach dieser Richtlinie erschweren.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die persönliche Kontinuität, auch über die verschiedenen Leistungen hinweg, ist für die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von Bedeutung. In der Richtlinie werden daher Vorgaben getroffen, welche Berufsgruppen die Koordinationsfunktion übernehmen können. Es ist davon auszugehen, nicht zuletzt auf Grund der Zahl der Behandlungsfälle pro Quartal, dass insbesondere in den Praxen im Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Regel bereits jetzt weitere nichtärztliche Berufsgruppen tätig sind und eine entsprechende Koordination übernehmen könnten.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Behandlungsnetzwerks, wie von KBV/DKG vorgeschlagen, wird unterstützt.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Die Koordination bei schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist komplex und erfordert eine solche fachliche Expertise sowie Tiefe an Fall- und Systemwissen, dass sie in die Hand des Bezugsarztes oder der Bezugsärztin bzw. des/der Bezugspsychotherapeut*in gehört.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut soll der Patientin oder dem Patienten als feste Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung stehen und ist für die Abstimmung und das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote entsprechend des Gesamtbehandlungsplans verantwortlich. Im Unterschied zur bestehenden Regelversorgung ergänzt eine nichtärztliche koordinierende Person die Versorgung nach dieser Richtlinie und übernimmt die mit der Koordination verbundenen zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
11	BDP	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Streichung	Zu viel Bürokratie.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Vgl. die allgemeinen Bemerkungen zu Beginn	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
15	bkj	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Nicht zielführend	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung: Ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 durch Bezugsärztin/Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut ist nicht zwingend vorzugeben.	Bezugsärztin/Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin/ Bezugspsychother-apeut entscheiden je nach Unterstützungsbedarf, welche koordinierenden Aufgaben anfallen und gegebenenfalls delegiert werden können. Vorhandenes Personal sollte ressourcensparend eingesetzt werden können. Ein zwingender Kooperationsvertag mit einer koordinierenden Person hingegen stellt einen erheblichen bürokratischen Aufwand, zusätzliche Kosten und	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. siehe lfd. Nr. 06

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					damit ein erhebliches Hemmnis für viele Praxen dar.	
23	DGKJP	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Eine zusätzliche Bezugsperson ist für Kinder und Jugendliche neben Eltern, Mitarbeitenden des Jugendamtes (das laut Gesetz für die Koordination der psychosozialen Hilfen zuständig ist), zusätzlichen Erziehungsbeiständen etc., Bezugslehrern, Schulsozialarbeitern, Psychotherapeuten/KJ-Psychiatern nicht mehr tolerabel. Die Patienten dieser Richtlinie sind so schwer erkrankt und der Bedarf so komplex dass eine koordinierende Person sehr viel mehr zu tun hätte als Termine zu vereinbaren und zu begleiten. Sie würde wenn Koordination des Falles mehr sein sollte als Terminvereinbarung in das	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die persönliche Kontinuität ist für die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von Bedeutung, insbesondere über die verschiedenen Leistungensgrenzen hinaus. In der Richtlinie werden daher Vorgaben getroffen, die die Koordination der Versorgung an einer zentralen Stelle verorten.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					elterliche Sorgerecht eingreifen. Die Koordination sollte somit eng an die Therapeutische Fallführung gekoppelt sein, die wiederum einzelne Aufgaben an Mitarbeitende (z.B. des Praxis-Sekretariats) delegieren kann.	
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Erschwerung der Abläufe	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Keine Zustimmung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
36	VAKJP	§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Die vom GKV-Spitzenverband geforderte Bedingung, eine nicht-ärztliche Person zur Koordinierung (§ 4 Abs. 5) einzubeziehen, lehnen wir ab! Dies ist eine unnötige Hürde. Optional sollte das selbstverständlich möglich sein.		**GKV-SV:** Kenntnisnahme. siehe lfd. Nr. 09

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Lfd. Nr.	**Institu-tion**	**Betref-fende Passage**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**	**Würdigung der Stellungnahme**
01	BÄK	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand. Die Teilnahme am Netzverbund regelt bereits das Notwendige.	**GKV-SV:** Die Stellungnahme ist nicht nachvollziehbar, da das Konzept der GKV keinen Netzverbund vorsieht.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Behandlungsnetzwerks, wie von KBV/DKG vorgeschlagen wird unterstützt.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Siehe Absatz 5, und zudem ein hochbürokratischer Vorschlag, der eine Hürde zur Teilnahme am Verbund schafft.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die persönliche Kontinuität ist für die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von Bedeutung, insbesondere über die verschiedenen Leistungensgrenzen hinaus. In der Richtlinie werden daher Vorgaben getroffen, die die Koordination der Versorgung an einer zentralen Stelle verorten. Dies stellt aus Sicht der GKV einen zentralen Unterschied zur bisherigen Regelversorgung dar.
11	BDP	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Streichung	Zu viel Bürokratie.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	s. o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
15	bkj	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
17	DPTV	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung: siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)	Siehe Begründung zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Die Position des GKV-SV wird darin unterstützt, dass die Kooperationsverträge durch die KVen zu prüfen sind. Eine solche Regelung sichert die Qualität des Vorgehens gemäß der Richtlinie		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Hier wird ein zusätzlicher, überflüssiger bürokratischer Aufwand generiert.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Erschwernis für Zusammenarbeit, wenig Patient*innen-individuell.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in		

Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Lfd. Nr.	**Institu-tion**	**Betref-fende Passage**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**	**Würdigung der Stellungnahme**
01	BÄK	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Enthaltung	Dieser Punkt erscheint schon dadurch geregelt und dadurch hinfällig, dass die genannten Leistungserbringer keine Leistungen nach SGB V erbringen dürfen und deren Vergütung / Honorar bereits an anderer Stelle geregelt ist.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Im Rahmen der Regelungen des G-BA kann lediglich ein Rahmen für eine Sozialgesetzbuch-übergreifende Zusammenarbeit geschaffen werden, da der G-BA in seiner Regelungskompetenz nur die Akteure gemäß § 91 Absatz 6 SGB V rechtlich binden kann, d. h. die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen,

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Versicherte sowie Leistungserbringenden des SGB V; die getroffene Regelung erscheint daher sachgemäß.
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks von KBV/DKG wird unterstützt	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	Siehe Absatz 6	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
11	BDP	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Streichung	Zu viel Bürokratie, zu wenig Verantwortung.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
15	bkj	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	„versteht kein Mensch“	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung: zur Koordination siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)	Siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 5 (GKV- SV)	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	Entweder man kooperiert und einigt sich auf ein Vorgehen oder das Netzwerk ist sinnlos	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	s.o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
33	DGSF + SG	§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Keine Zustimmung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04	BVDP / BVDN	§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Die Teilnehmer am Netzverbund verpflichten sich bereits in ihrer Teilnahmeerklärung zur Erbringung der Leistungen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Es ist unklar, auf welche Form der Teilnahmeerklärung hierBezug genommen wird; das Konzept der GKV sieht keine Teilnahmeerklärung vor.
		§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	dito	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, allerdings ist an dieser Stelle die Vorlage der Teilnahmeerklärung geregelt, sodass diese schwerlich bereits an anderer Stelle abgegeben worden sein kann.
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt, Dopplungen vermeiden.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Es handelt sich hierbei um Vorgaben des Konzeptes der GKV.
		§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt, Dopplungen vermeiden.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Bereits unter §4 Absatz 7 DKG/KBV aufgeführt	**GKV-SV:** Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 07/12
		§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Bereits unter §4 Absatz 7 DKG/KBV aufgeführt	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme, allerdings schlussfolgert aus den dissenten Entwürfen der Richtlinie keine Doppelung in der endgültigen Richtlinie.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
11	BDP	§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Streichung	Zu viel Bürokratie.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 5	PatV	Streichung	Zu viel Bürokratie.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme, allerdings ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Transparentmachung der eigenen Erreichbarkeit sowie die schriftliche Verpflichtung, die Anforderungen der Richtlinie zu erfüllen – insbesondere im Vergleich mit einem sonst üblichen Genehmigungsverfahren – bereits einen zu großen bürokratischen Aufwand darstellen.
15	bkj	§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Zu kompliziert	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 5	PatV	Zustimmung	Am verständlichsten formuliert	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung: siehe § 4 Absatz 7 (KBV/DKG)	Siehe § 4 Absatz 7 (KBV/DKG)	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 4 Absatz 5	PatV	Die DVSG stimmt der ausführlichen und detaillierten Formulierung zu.	Durch die schriftliche Erklärung ist die Sicherstellung der Versorgung und die Umsetzung nach dieser Richtlinie explizit benannt.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Die Information muss über die Patienten und Familien hinaus gehen	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Zusätzlicher bürokratischer Aufwand	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 11
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Erhöht bürokratischen Aufwand	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 11
28	BApK	§ 4 Absatz 5	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Das Netzwerk basiert auf dem freiwilligen und abgestimmten Zusammenwirken aller Leistungserbringer. Dieses wird hier noch einmal verdeutlicht.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz

	Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Lfd. Nr.	**Institu-tion**	**Betref-fende Passage**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**	**Würdigung der Stellungnahme**
01	BÄK	§ 4 Absatz 9	PatV	Zustimmung	Das Nationale Gesundheitsportal kann für den Überblick über die Verbreitung der Netzwerke sinnvoll sein.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	KBV/DKG Vorschlag ist ausreichend.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 6	PatV	Ablehnung	KBV/DKG Vorschlag ist ausreichend.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 6	PatV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	Regelung §4 Absatz 7 KBV/DKG ausreichend	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 6	PatV	Teilweise Zustimmung	Die Veröffentlichung in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals ist zu befürworten da patientenorientiert.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
11	BDP	§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Streichung	Regional verfügbare Leistungserbringer sollen versorgen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 6	PatV	Streichung	Regional verfügbare Leistungserbringer sollen versorgen.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 6	PatV	**Zusätzlich einfügen:** *Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.*		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Die Position des GKV-SV wird darin unterstützt, dass die Kooperationsverträge durch die KVen zu prüfen sind. Eine solche Regelung sichert die Qualität des		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Vorgehens gemäß der Richtlinie.		
20	DVSG	§ 4 Absatz 6	PatV	Dieser Formulierungsvorschlag findet fachlich Zustimmung seitens der DVSG. Die Formulierungen sind entsprechend der Regeln zu gendergerechten Sprache in der Form anzupassen, die in der Richtlinie gewählt wird.	Die erfolgte Konkretisierung, dass es sich bei dem Verzeichnis um die teilnahme-berechtigten Leistungserbringer*innen handelt sowie die zusätzliche Bereitstellung im Nationalen Gesundheitsportal erhöht die Transparenz und unterstützt damit auch die Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Dem Hinweis wird gefolgt.
23	DGKJP	§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	So unkompliziert wie möglich, bei KBV/DKG hinreichend geregelt	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 4 Absatz 6	PatV	Teilweise Zustimmung	Das Nationale Gesundheitsportal könnte für den Überblick über die Verbreitung der Netzwerke sinnvoll sein.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
25	CBP	§ 4 Absatz 6	PatV		Die Position der PatV wird befürwortet	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Zustimmung	Hinreichende Regelung	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
28	BApK	§ 4 Absatz 6	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Es wird dann eine Stelle geben, an der die relevanten Informationen stehen und auch gefunden werden können.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1)Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	In § 5 Absatz 1 wird die Rolle und der Funktions- und Verantwortungsbereich der Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in definiert.	Der Bezugsärzt*in bzw. der Bezugspsychotherapeut*in kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine herausgehobene Bedeutung zu. Sie ist die zentrale	**KBV/DKG:** Zustimmung und Übernahme der Fassung der BPtK mit weiterer Ergänzung: Sie *oder er* …..

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Ausgehend von dem Regelungsvorschlag von KBV/DKG schlägt die BPtK folgende Fassung des Absatzes 1 vor: *„Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie* ***gewährleistet*** *die erforderliche Beziehungsstabilität für* ***die schwer psychisch erkrankte Patientin oder den schwer psychisch erkrankten Patienten****. Sie* ***trägt*** *die Verantwortung für das erforderliche, dem Gesamtbehandlungsplan* ***entsprechende*** *Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der*	Ansprechpartner*in für die Patient*in und ggf. deren Sorgeberechtigte, zu der die Patient*in eine stabile, vertrauensvolle Ärzt*in/Psychotherapeut*in-Patient*in-Beziehung herstellt. Diese Beziehungsstabilität ist für den Erfolg der häufig längerfristigen Behandlung und Begleitung des schwer psychisch erkrankten Kindes oder Jugendlichen von zentraler Be-deutung. Die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans im Austausch mit den weiteren Leistungserbringer*innen des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3 und die Sicherstellung eines dem Gesamtbehandlungsplan entsprechenden Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsbestandteile und damit auch die Koordination der Versorgung gehören zu dem vorrangigen	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Versorgung nach dieser Richtlinie."	Verantwortungsbereich einer Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in. Der entsprechende Regelungsinhalt findet sich bereits in Absatz 4 (GKV-SV) bzw. Absatz 5 (KBV/DKG/PatV) und muss daher an dieser Stelle nicht zusätzlich aufgeführt werden. Aufgrund der Besonderheiten in der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sind die Aufgaben der Koordination der Versorgung mit den hierfür erforderlichen spezifischen Kenntnissen und Vertrauensbeziehungen in der Regel nicht vollständig delegierbar. Unabhängig vom Grad der Delegation einzelner Aufgaben der Koordination an eine sogenannte nicht-ärztliche koordinierende Person verbleibt die Verantwortung für die Koordination der Versorgung bei der Bezugsärzt*in oder Bezugs-psychotherapeut*in. Dies sollte	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					wie vorgeschlagen in den normativen Festlegungen in § 5 Absatz 1 Berücksichtigung finden. Für eine obligate vollständige Delegation sämtlicher Koordinationsaufgaben an eine so-genannte nicht-ärztliche koordinierende Person, wie sie im Regelungsvorschlag des GKV-SV vorgeschlagen wird, fehlt es grundsätzlich an einer fachlichen Begründung. Vielmehr ist zu befürchten, dass es durch eine solche Regelung zu einer dramatischen Eingrenzung der Zahl der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer*innen kommen würde, die die Rolle als Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in übernehmen könnten. Eine flächendeckende Versorgung würde damit verhindert, ohne dass dem Regelungsinhalt ein therapeutischer Mehrwert gegenüberstünde. Der konkrete Vorschlag des GKV-SV, an	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					welche Berufsgruppen gemäß § 6 obligat die Koordination der Versorgung zu delegieren ist, ist dabei inhaltlich so haltlos, dass sich eine detaillierte Auseinandersetzung von vorn-herein erübrigt. Beispielhaft sei hier lediglich auf die Berufsgruppen nach § 6 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 verwiesen, für die im Gegensatz zu den Berufsgruppen nach den Nummern 3 bis 8 keine fachspezifische Zusatzqualifikation für erforderlich gehalten wird, um die Auf-gaben der Koordination der Versorgung ausüben zu können. Dabei übernimmt keine der genannten nach § 124 SGB V zugelassenen Berufsgruppen koordinative Aufgaben in der derzeitigen ambulanten Patientenversorgung allgemein, geschweige denn im Speziellen hinsichtlich der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen oder der im Vorschlag des GKV-SV in	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					§ 11 definierten Aufgaben der individuellen Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade. Auch der Vorschlag, die Rolle der Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in auf in § 4 Absatz 1 genannte Fachgruppen mit einem vollen Versorgungsauftrag zu beschränken, entbehrt einer fachlich überzeugenden Begründung und ist angesichts des großen Anteils an entsprechenden Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag vielmehr dazu geeignet, den Aufbau der Versorgung nach dieser Richtlinie nachhaltig einzuschränken und eine flächendeckende Versorgung grundsätzlich zu verhindern. Die Sicherstellung der erforderlichen Flexibilität der Fachärzt*innen und Psychothera-peut*innen zur	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe oder möglicher Krisen-zustände, wie sie vom GKV-SV in den Tragenden Gründen angeführt wird, ist zwar legitim. Dazu aber eine Einschränkung auf Bezugsärzt*innen und -psychotherapeut*innen mit vol-lem Versorgungsauftrag vorzunehmen, erscheint jedoch zur Erreichung dieses Ziels weder geeignet noch erforderlich. Im Kern hebt der GKV-SV zur Rechtfertigung des Erfordernisses eines vollen Versorgungs-auftrags auf die vermeintlich bessere Erreichbarkeit von Leistungserbringer*innen ab, die einen solchen vollen Versorgungsauftrag innehaben. Der GKV-SV führt ferner aus, „auf-grund des inhaltlichen und zeitlichen sowie fachlichen Umfangs der Versorgung“ sei ein voller Versorgungsauftrag erforderlich.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					„Insbesondere um eine **Behandlungskontinuität und gute Erreichbarkeit** auch in möglichen Krisensituationen zu sichern, soll ferner durch die Regelung erreicht werden, dass eine Patientin oder ein Patient sich nicht ersatzweise an eine andere Fachärztin oder an einen anderen Facharzt oder eine andere Psychotherapeutin oder einen anderen Psychotherapeuten wenden muss, die bzw. der ihr oder ihm nicht wie die Bezugsärztin bzw. der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut vertraut ist.“ (Hervorhebungen nicht im Original) Es sei „eine zentrale Anforderung an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer“, eine „**gute Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen sowie die Ermöglichung zeitnaher Termine** für Eingangssprechstunden und	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					differenzialdiagnostische Abklärung“ zu gewährleisten. Weiterhin sei es „zwingend erforderlich, dass die **nichtärztliche koordinierende Person in enger Abstimmung** mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugs-psychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeut steht, insbesondere um die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans sicherzustellen.“ Ein voller Versorgungsauftrag ist aber nicht gleichbedeutend mit einer guten Erreichbarkeit außerhalb von Therapiesitzungen. Denn Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen sind während der Therapiesitzungen ohnehin nicht erreichbar. Vor allem aber haben auch Leistungserbringer*innen mit hälftigem Versorgungsauftrag eine gute Erreichbarkeit für Patient*innen sicherzustellen.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					So haben die Vertragspsychotherapeut*innen und -ärzt*innen unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrags sicherzustellen, dass sie ihren „Patienten in Notfällen auch außerhalb der Sprechzeiten zeitnah zur Verfügung stehen“ können (Urt. LSG Berlin-Brandenburg v. 09.12.2020, L 24 KA 6/18, juris, Rn. 19). Denn: *außerhalb der Sprechzeiten zeitnah zur Verfügung stehen“ können (Urt. LSG Berlin-Brandenburg v. 09.12.2020, L 24 KA 6/18, juris, Rn. 19*). Denn: *„Die eigenständige Versorgung von Patienten – auch in Notfällen – ist zentraler Bestandteil der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit.“ (BSG, Beschl. v. 16.02. 2021, B 6 KA 19/20 B, juris, Rn. 11)* Insoweit erweist sich eine Regelung, die diejenigen mit geringerem Versorgungsauftrag	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					ausschließt, als nicht erforderlich und würde nur dazu führen, dass vielen schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen der Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie mangels Angebote gänzlich verwehrt bliebe.	
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung.	Ausreichend klare Beschreibung.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks wie bei DKG/KBV wird unterstützt.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	s.o.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	s.o.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Beschreibt klar alle für die Versorgung nach der RL wichtigen Aufgaben in der Verantwortlichkeit des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bezugstherapeuten/in. Essentiell ist auch die Nennung der Verantwortlichkeit für die Koordination.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 1	PatV	Ablehnung		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Keine Zustimmung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Konzentriert sich auf das Wesentliche und ist am klarsten	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 1	PatV	Keine Zustimmung		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Ablehnung	Die Koordination soll durch eine therapeutisch nicht involvierte Person erfolgen.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung der starren Aufgabenteilung zwischen	Mehrfach begründet, s o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Bezugsärzt:in bzw. Bezugspsychotherapeut:in und der koordinierenden Bezugsperson		
			KBV/DKG	Ablehnung	Die Verantwortlichkeit für den Gesamtbehandlungsplan fehlt, im Unterschied zu den anderen Versionen.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. Die Verantwortlichkeit wird weiter unten im § 5 Abs.5 definiert.
			PatV	Zustimmung		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	Beste Formulierung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung.	Die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie muss bei den Bezugsärzt*innen/Bezugspschotherapeut*innen liegen. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					die Behandlung nach dieser Richtlinie. Sie verantworten den Gesamtbehandlungsplan und sorgen für das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
23	DGKJP	§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	Beste und weitestgehende Beschreibung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
25	CBP	§ 5 Absatz 1	PatV		Die Position der PatV wird befürwortet	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
28	BApK	§ 5 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der Text der PatV unterstreicht die Eigenverantwortung der beteiligten Leistungserbringer zur Erreichung des gemeinsamen Zieles.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3.	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Der Ausschluss von Bezugsärztinnen oder -ärzten mit einem Teil-Versorgungsauftrag behindert die Umsetzung der Richtlinie und widerspricht der Versorgungsrealität.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Das Konzept der GKV sieht die Einbindung der in § 4 Absatz 1 festgelegten Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrages vor; die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten lässt sich jedoch nur übernehmen, wenn die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Leistungserbringende mit einem reduzierten Versorgungsauftrag können die erforderliche Flexibilität zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe sowie eine gute Erreichbarkeit nicht gewährleisten; in der Vergangenheit wurden oftmals Probleme bei der Erreichbarkeit insbesondere der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichtet.
02	BPtK	§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Nach dem Vorschlag von KBV/DKG soll in § 5 Absatz 2 festgelegt werden, welche Fachgruppen nach § 4 Absatz 1 die Rolle der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in übernehmen können und dass diese Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3 sind. **Änderungsvorschlag zu § 5 Absatz 2, ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:** *„(2)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die*	Aus Sicht der BPtK ist es sachgerecht, dass die Rolle als Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in ausschließlich von den in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 genannten Fach-gruppen ausgeübt werden kann und diese Teil des patientenindividuellen Teams werden, in dem sowohl die fachärztlich-kinder- und jugendpsychiatrische als auch die psychotherapeutische Expertise vertreten ist. Angesichts der in einigen ländlichen und struktur-schwachen Regionen mit Blick	**KBV/DKG:** Ablehnung Der KBV/DKG-Vorschlag sieht neben einer stationären und einer Versorgung durch die PIA mit der RL-Versorgung eine Schwerpunktversorgung vor, die vertragsärztlich ausgerichtet ist; folglich ist die Koordination des Gesamtbehandlungsplans vertragsärztlich ausgerichtet. Davon unbenommen ist die fachliche ärztliche und psychotherapeutische Beteiligung im patientenindividuellen Team (§ 4 Abs. 4).

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3. ***Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 genannten Fachgruppen die Tätig-keit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen. Die in der PIA tätige Fachärztin oder Fach-arzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeut der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis***	auf diese Fachgruppen defizitären Versorgungsstrukturen in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung ist es für eine Reihe von Regionen jedoch erforderlich, dass auch entsprechende Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die in der Psychiatrischen Institutsambulanz eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses tätig sind, als Bezugsärzt*innen oder -psychotherapeut*innen an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können. Eine Einschränkung auf nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche ist dabei nicht zwingend erforderlich. Vielmehr sollte auf die fachliche Qualifikation der entsprechenden Fachärzt*innen und	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Nummer 4 genannten Fachgruppen ist im Fall von § 5 Absatz 2 Satz 2 Teil des patientenindividuellen Teams.“	Psychotherapeut*innen abgestellt werden und die vorbestehenden Behandlungsbeziehungen Berücksichtigung finden.	
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position. Die Erfahrung mit der KSV-Psych-RL für Erwachsene hat gezeigt, dass ein hälftiger Versorgungsauftrag kein Grund für einen Ausschluss sein darf, da dies die Zahl der als Bezugsärztin/-arzt oder Bezugspsychotherapeutin/-psychotherapeut am Netzverbund Teilnehmenden erheblich mindert und die Umsetzung der RL substanziell behindert. Zudem lässt der Status eines hälftigen Versorgungsauftrags allein keine generellen Rückschlüsse auf den Umfang der Arbeitszeit bzw. eine geringere Verfügbarkeit in der Praxis für die Aufgaben der RL zu.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind hälftige Versorgungsaufträge relativ häufig. Die Arbeitszeit für gesetzlich Versicherte in diesen Praxen ist jedoch dadurch nicht auf die Hälfte begrenzt, sofern diese nicht angestellt sind. Diese kann de facto dem Umfang eines vollen Versorgungsauftrags entsprechen. Durchschnittlich beträgt die Arbeitszeit der Ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychologischen Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag nach den uns vorliegenden Grunddaten etwa zwei Drittel	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					eines vollen Versorgungsauftrags. Zudem kann durch die Kooperation im Netz eine ständige Erreichbarkeit sichergestellt werden. So kann z B der/die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in durch die Vernetzung die Erreichbarkeit der Praxis des/der entsprechenden Facharztes/Fachärztin nutzen. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine hälftige Zulassung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie und eine weitere hälftige Zulassung im Fach Neurologie oder im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Seltenheit. Diese Fachärztinnen und Fachärzte wären dann trotz ihrer großen und breiten Expertise von der Teilnahme als Bezugsarzt oder -therapeut ausgeschlossen.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Ausreichend klare Beschreibung.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
06	DFT	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Entgegen der Forderung, dass Bezugsärzte/-therapeuten einen vollen Versorgungsauftrag haben müssen sollten auch entsprechende Leistungserbringer mit hälftigem Versorgungsauftrag einbezogen werden	In vielen Regionen sind zumindest im Bereich der Psychotherapeuten viele Kollegen mit hälftigem Versorgungsauftrag tätig. Diese auszuschließen gefährdet die Umsetzung der Richtlinie.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01
07 / 12	BKJPP/ SpiZ	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung		Ablehnung	Netzkonzeption von KBV/DKG wird unterstützt. Der Ausschluss von halben Versorgungssitzen ist inhaltlich nicht begründbar: Die tatsächliche Versorgungssituation im Bereich KJP/KJPP macht es erforderlich, dass schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendlichen jede nur für sie erreichbare, fachgerechte Behandlung bekommen können. Wohnortnähe ist in der KJP/KJPP ohnehin schwieriger umzusetzen, als in	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01 **KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					der Erwachsenenpsychiatrie. Hier dann auch noch die Angebote auf Grund des Versorgungsumfangs zu minimieren bedeutet, sie de facto nur ein einigen wenigen Regionen in Deutschland überhaupt möglich werden zu lassen. Man möge auch bedenken, dass jedes Kind in der Regel von einem Erwachsenen zu der Therapie begleitet werden muss. Das Bedarfsplanungsgutachten (Sundmacher et al.) macht sehr deutlich, dass die Patientengruppe ohnehin schon diejenige ist, die die längsten Anfahrtswege mit dem PKW hat (und Jugendliche haben keine PKWs, brauchen also auch hier ÖPNV oder Erwachsene, die sie fahren. Die Notfallversorgung kann innerhalb des Netzwerks geregelt werden. Krankenhausstrukturen in Deutschland regeln dies analog, man erreicht nicht in	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					jeder Krise sofort den diensthabenden Arzt, es ist aber wichtig, dass sehr zeitnah eine geeignete Behandlungsmaßnahme organisiert werden kann. Dies ist dann Aufgabe der Netzwerke, die das gut regeln können. Die Koordination ist eine zentrale Aufgabe im Netzwerk. Sie darf nicht zu einer weiteren obligaten Schnittstelle führen. Oftmals wird es sehr sinnvoll und wichtig sein, dass der /die behandelnden Therapeut:innen in der Koordination direkt weitere Behandlungsschritte abstimmen. Dies ist nicht übertragbar an Dritte. Übertragen werden können administrative Aufgaben wie Terminvereinbarungen u.ä. Nicht aber die eigentliche Koordination der Behandlung. Siehe dazu auch die allgemeinen Anmerkungen.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	s.o. Die Netzwerkkonzeption der KBV/DKG wird unterstützt.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
08	PIBB	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	KBV/DKG	**Präferiert wird die Stellungnahme der KBV/DKG**: (2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	In der KSVPsych-RL für Erwachsene hat sich bereits erwiesen, dass die Begrenzung der Bezugsarzt-/Bezugspsychotherapeutenrolle auf Kolleg*innen mit einem vollem Kassensitz in der Praxis sehr ungünstig ist, da infolgedessen viele engagierte (junge) Kolleginnen und Kollegen von dieser Funktion ausgeschlossen werden. Ein ähnlicher Effekt sollte bei der KiJu-RL unbedingt vermieden werden. Die vorhandenen Ressourcen zur Behandlung und Versorgung sollten in vollem Umfang genutzt werden. Deshalb wird der Vorschlag der GKV-SB abgelehnt.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Der Ausschluss von Bezugstherapeut*innen mit einem Teil-Versorgungsauftrag behindert die Umsetzung der	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Richtlinie massiv. Das entspricht weder den Arbeitsmodellen der jüngeren Generationen von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, noch sollte dies für ein Fachgebiet wie die KJPP gefordert werden, wo es in ländlichen Gebieten nur wenige Niedergelassene gibt. Somit entstünden vermehrt Verbünde in städtischen Regionen, in ländlichen würde die Verbundbildung behindert – und das zum Nachteil von chronisch psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in ländlichen Regionen. Wie bereits mehrfach ausgeführt, soll die Koordinationsleistung in der Hand der ärztlichen/psychotherapeutischen Bezugstherapeut*in liegen. Lediglich Terminkoordination oder administrative Aufgaben	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					könnten an Dritte delegiert werden.	
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Stimmen wir zu, mit den zu §4 gemachten **Ergänzungen** „ … ***Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrungen in der Diagnostik und in der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen…***“		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Ablehnung der Ergänzung wie zu § 4 Abs 1 dargelegt.
11	BDP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Bei vollem Versorgungsauftrag reduziert sich das Angebot stark. Insbesondere die hochspezialisierte Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut: innen nimmt überwiegend mit reduziertem Versorgungauftrag teil, so dass bei einer Vorgabe „vollen Versorgungsauftrag“ nicht nur eine fachliche Lücke entstehen würde, sondern auch der	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					größte Teil der Kapazitäten der Leistungserbringenden aus formalen Gründen nicht genutzt würde, sondern ausgeschlossen wäre.	
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Streichung	Redundanz	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Die Einschränkung auf volle Versorgungsverträge ist angesichts der Praxis nicht erforderlich, die Präsenz reicht auch bei halben Praxissitzen aus. Wegen der geringen und weiter sinkenden Anzahl voller Sitze würde die Richtlinie wohl in vielen Regionen nicht zustande kommen bzw. nicht viele Patient:innen erreichen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Ablehnung	… des „patientenindividuellen Teams“, s. o. § 4 Abs. 3	**KBV/DKG:** Kenntnisnahme
15	bkj	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Die Voraussetzung eines vollen Versorgungsauftrages zur Teilnahme als Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt. Ausreichend ist ein halber Versorgungsauftrag.	Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen über eine Zulassung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung und kommen den damit verbundenen Aufgaben vollumfänglich nach, unabhängig vom Umfang der Zulassung. Sie richten ihre Tätigkeit nach den Notwendigkeiten der Versorgung aus und organisieren sich in Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen oder in Angestelltenverhältnissen. Ein Ausschluss als Bezugsbehandler ist in keiner Weise gerechtfertigt. Der Ausschluss von Behandler*innen mit halben Zulassungen als Bezugsbehandler*innen hat einen Bruch in der	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Behandlungskontinuität für alle Patient*innen zur Folge, die bei Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen bereits in Behandlung sind, sobald sie an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen. Diese Kontinuität ist jedoch für die hier adressierten Patient*innen von erheblicher Bedeutung. Bereits die KSVPsych-Rl. Erwachsene zeigt, dass die Bedingung des vollen Versorgungsauftrages- über den derzeit bundesweit nur noch 40% der Psychotherapeut*innen verfügen, erheblich hemmend auf die Umsetzung der Richtlinie auswirkt. Dieser Fehler sollte hier nicht wiederholt werden.	
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung: Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz	Die Delegation an eine koordinierende Person ist nicht standartmäßig vorzusehen.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3		
18	DGPM	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Die Position des GKV-SV wird unterstützt, die Bezugsarzt/-psychotherapeuten-Funktion an einen vollen Versorgungsauftrag zu binden, da so die Verfügbarkeit für die Erfüllung der Aufgabe gesichert werden kann.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Die Angabe „gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an“ muss differenziert werden; Insbesondere bei erheblicher somatischer (Ko-) Morbidität, muss die bezugsärztliche Aufgabe in ärztlicher Hand bleiben (entsprechend dem Vorschlag des GKV-SV §5(1).		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. Es gelten die berufsrechtlichen Bestimmungen. Durch die Team-Konstruktion ist ebenfalls sichergestellt, dass ärztliche Expertise jederzeit verfügbar ist.
21	bvvp	§ 5 Absatz 1,	GKV-SV	Der bvvp unterstützt den Beschlussentwurf der KBV, in der nicht die Anforderung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		Fortsetzung		formuliert wird, dass der Bezugsarzt/Bezugspsychotherapeut über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen muss. Wir teilen die Einschätzung, dass die Anzahl der teilnahmeberechtigten Behandelnden gerade bei den KJP sonst massiv eingeschränkt würde. Ein hoher Anteil von Kolleg*innen verfügt nur über eine halbe Zulassung. Alternativ sollten stattdessen Anwesenheitszeiten vorausgesetzt werden, die eine zuverlässige Erreichbarkeit insbesondere für das Krisenmanagement gewährleisten. Dies muss im Krisenin-terventionsplan berücksichtigt und festgelegt werden.		
23	DGKJP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung Teilweise Zustimmung zu „oder bei einem solchen angestellt sein“. So ist es auch in den PIAs und in den SPV-Praxen.	Ein voller Versorgungsauftrag widerspricht der Versorgungsrealität für Kinder und Jugendliche mit überwiegen von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen in Teilzeit; die Erreichbarkeit	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					muss anderweitig gesichert sein	
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Beschreibung trifft zu -- hier spielt der Angestellten oder Freiberufler-Status durch die Betonung der Fachlichkeit keine Rolle	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ausdrückliche Ablehnung	Dafür gibt es keinen fachlichen Grund.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Ausdrückliche Zustimmung	Kein Ausschluss von Leistungserbringer*innen.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Von der Voraussetzung eines vollen Versorgungsauftrages ist dringend abzusehen, da ein wohnortnahes und flächendeckendes Versorgungsangebot mit dieser Einschränkung nicht erreicht werden kann. Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 mit einem halben Versorgungsauftrag stehen der		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme, allerdings fordert die PatV eben gerade keinen vollen Versorgungsauftrag.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Versorgung in gleicher Weise in ausreichendem Maße zur Verfügung.		
36	VAKJP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	[…] und dass anders als in der RL § 92 für Erwachsene kein voller Sitz Voraussetzung für eine Fallführung ist. Ggf. könnte bei der Teilnahme von halben Sitzen noch die Hinterlegung von Erreichbarkeiten Bedingung sein.		**GKV-SV:** Kenntnisnahme. siehe lfd. Nr. 01

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betreffende Passage	Posi tion von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung Da dieser Vorschlag den Eindruck erwecken kann, dass in PIAs tätige Ärztinnen und Ärzte nur Bezugsärzte sein können, sofern andere Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligt werden, ist klarzustellen, dass in PIAs tätige Ärztinnen und Ärzte allein als Bezugsärzte tätig sein können.		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Regelungsentwurf in dieser Form wurde in Anlehnung an die KSVPsych-RL (Erwachsene) vorgeschlagen. Die PatV wird den Hinweis prüfen.
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Enthaltung		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Ablehnung	Unterstützung des Netzwerkkonzepts von KBV/DKG	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung	Wichtige Ergänzung, da Ärzt*innen oder Psychotherapet*innen in PIA bei komplex Erkrankten oft schon Hauptbehandler*innen sind.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung	Sinnvolle Ergänzung bei i.d.R. Anstellungsverhältnissen der	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betreffende Passage	Posi tion von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					behandelnden Therapeut:innen.	
14	DVGP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung	sachgerecht	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Ablehnung		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 5 Absatz 2, Fortsetzung	GKV-SV	Es wird die Position des Facharztstandards in den PIAs unterstützt		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung	Es gibt in besonders schweren Fällen mit der Erforderlichkeit krankenhausnaher Behandlung jahrelange Behandlung durch PIAÄrzte – Patienten aus diesem System sollten nicht benachteiligt sein	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
25	CBP	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		Die Position der PatV wird befürwortet	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Ablehnung	Arbeitsrechtliche Bedenken	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Hinweis prüfen.
28	BApK	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Es geht um dauerhafte, tragfähige therapeutische	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betreffende Passage	Posi tion von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Beziehungen und weniger um Organisationszugehörigkeit.	
34	UBSKM	§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	UBSKM stimmt dem Beschlussentwurf der PatV zu.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung zur KBV/DKG Position		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 2	PatV	Enthaltung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Formulierung klarer	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 2	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung „patientenindividuell“ Ablehnung „Rolle“ Ablehnung des Satzes: Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde“	Die Eingangssprechstunde bzw. das Erstgespräch sind nicht immer deckungsgleich mit dem Zeitpunkt der Entscheidung, dem Patienten oder der Patientin aufgrund der Komplexität der Erkrankung Leistungen im Netzverbund anzubieten. Die Indikation entsteht aufgrund von Erkrankungsdynamik (z.B. wiederholte psychotische Episoden mit zunehmender Negativsymptomatik) oft erst im Verlauf der Behandlung.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. Der Begriff „Rolle“ wird nochmals geprüft. Die Eingangssprechstunde markiert den Beginn der RL-Versorgung. Diese kann auch im Verlauf einer bereits laufenden Behandlung starten.
		§ 5 Absatz 2	PatV	Zustimmung „zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie“. Zustimmung „Aufgabe“		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Ablehnung „fallbezogen“		
10 / 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 2	PatV	Keine Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 5 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Bisherige Fortschreibelogik.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 5 Absatz 2	PatV	Zustimmung mit folgender **Ergänzung** am Ende des Textes: *Die Festlegung soll nicht gegen den erklärten Willen der genannten Personen erfolgen.*	Siehe die allgemeinen Bemerkungen zu Beginn zur Einbeziehung der Betroffenen und Bezugspersonen; eine Festlegung gegen deren Willen dürfte ohnehin zum Scheitern der Maßnahmen führen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Hinweis prüfen.
15	bkj	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 2	PatV	keine		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung.	Die Festlegung der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde und damit im Anschluss an die diagnostische Abklärung. Diese Überlegung und Entscheidung gliedert sich damit ein in die Überlegungen zum Diagnose gestützten Gesamtbehandlungsplan- das ist sachgerecht und fundiert an dieser Stelle zu leisten.	
18	DGPM	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Die Festlegung im Anschluss an die Eingangssprechstunde vornehmen zu wollen erlaubt es nicht, eine notwendige multiprofessionelle Diagnostik zur Grundlage der Entscheidung über die Rolle des/der Bezugsarztes/-ärztin/-therapeut/thrapeutin. Zu treffen. Hier sollte etwas mehr Raum gegeben werden, bspw. durch die Festlegung „im Anschluss an die teamorientierte Fallbesprechung nach der Eingangssprechstunde“		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. „im Anschluss an“ beschreibt in erster Linie die Abfolge, daneben bleibt ein Wechsel der Bezugsfunktion möglich.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung zum Zusatz *„im Anschluss an die Eingangssprechstunde“*	Ist besser operationalisiert	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 5 Absatz 2	PatV	*„Patientenindividuell“* JA, *„Aufgabe“* JA	Im Sinne der Partizipation bessere Begrifflichkeiten.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
28	BapK	§ 5 Absatz 2	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Mehr patientenorientiert in der Formulierung.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung (mit der Ergänzung von Leistungserbringern nach §4 Abs 1 Nummer 3)		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung und Ergänzungsvorschlag: „Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 3	Ergibt sich logisch aus den an anderer Stelle getroffenen Regelungen.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
06	DFT	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Nr. 1-3: auch in diesen Fällen kann ein Psychotherapeut/in Bezugstherapeut sein.	In einer koordinierten Zusammenarbeit kann auch bei Vorliegen behandlungsrelevanter somatischer oder pharmakologischer Behandlungen die Gesamtbehandlungsplanung in Absprache mit den ärztlichen Behandlern durch Bezugstherapeuten geleistet werden.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die zwingende Übernahme der bezugsärztlichen Tätigkeit durch eine Fachärztin oder einen Facharzt wird für die Fälle geregelt, in denen der somatische Anteil der Erkrankung im Vordergrund steht. So kann sichergestellt werden, dass die notwendigen somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungselemente Eingang in die Versorgung finden.
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Für die Funktion des Bezugstherapeuten / -arztes ist ein besonderes	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. siehe lfd. Nr. 06

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Vertrauensverhältnis notwendig, nicht primär die Berufsgruppe. Die Berufsordnungen der nichtärztlichen Psychotherapeut:innen wie auch der Ärzt:innen regeln deren Pflichten eindeutig. Dazu gehört ggf. auch für einen Kinderund Jugendlichenpsychotherapeuten, somatische Aspekte einer Erkrankung abklären zu lassen bzw. behandeln zu lassen. Es kann in einem anderen Fall genauso bedeutsam sein, dass ein Arzt eine testpsychologische Abklärung, die er nicht selbst durchführen kann, an den psychologischen Netzwerkpartner delegiert.	
09	BAG-KJPP	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung mit der Ergänzung von Leistungserbringern nach §4 Abs 1 Nummer 3	In diesen Fällen ist eine Personalunion von somatischem und psychiatrisch-psychotherapeutischem Hauptbehandler für eine gute Versorgung unabdingbar.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
14	DVGP	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Unnötige Einengung auf Ärzt:innen; auch in den genannten Konstellationen können diese ihre Leistungen erbringen, ohne Fallführung zu übernehmen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. siehe lfd. Nr. 06
17	DPTV	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Der folgende Regelungsvorschlag des GKV-SV wird abgelehnt: *„Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten* *1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,* *2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung*	Durch die Bildung von patientenbezogenen Behandlerteams aus mindestens einer Leistungserbringerin/einem Leistungserbringer nach § 4 Abs. 1 Nummer 1 oder 3 und 2 oder 4 ist eine ausreichende somatische Abklärung und Begleitbehandlung gewährleistet. Leitungserbringer nach § 4 Absatz 2 und 4 sind befugt, die unter § 5 Abs. 1 dieser Richtlinie genannten Patient*innen zu behandeln. Die somatische Mitbehandlung bei einer Psychotherapie wird schon jetzt soweit notwendig von entsprechenden Fachärzt*innen durchgeführt.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Das Konzept der GKV sieht keine Bildung patientenindividueller Teams vor. siehe lfd. Nr. 06

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder *3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.“*	Patient*innen verlassen sich auf diese Arbeitsteilung. Die somatische Abklärung und Einbeziehung der Befunde ist in der psychotherapeutischen Regelversorgung durch das Konsiliarverfahren geregelt und gehört zu den Sorgfaltspflichten in der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeuten-kammer. Der Erzwungene Wechsel in der verantwortlichen Behandlungsleitung gefährdet das Vertrauensverhältnis zu den Patient*innen, die Behandlungskontinuität und den Behandlungserfolg begonnener psychotherapeutischer Maßnahmen. Er beschneidet die Leitungserbringer nach § 4 Absatz 2 und 4 in ihrer Handlungskompetenz und -Befugnis.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung	Besonders relevante somatische Aspekte erfordern eine ganzheitliche, ärztliche Zuständigkeit incl. Der Fallführung als Bezugstherapeut	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 Fortsetzung Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Kein Ausschluss einzelner Leistungserbringer*innen bei somatischen Hauptdiagnosen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 06

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Zustimmung	Muss ggf. nicht geregelt werden, sofern diese Institutionen bereits als teilnahmeberechtigte Leistungserbringer gelistet sind.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Enthaltung		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	An anderer Stelle bereits geregelt. Netzwerkkonzeption von KBV/DKG wird unterstützt.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Muss nicht geregelt werden, wenn diese Institutionen bereits als teilnahmeberechtigte Leistungserbringer gelistet sind.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Wird abgelehnt		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
15	bkj	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung: Eine Fachärztin oder ein Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeut der an einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder	Die notwendige Verlässlichkeit in der Erreichbarkeit der genannten Fachgruppen nach § 4 Absatz 1, Nummer 1- 4 kann an einer PIA nicht gewährleistet werden. Kolleg*innen die dort tätig sind,	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA) tätig ist, sollte nicht als Bezugsärztin/Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut im Rahmen dieser Richtlinie tätig werden.	werden auch im stationären Setting eingesetzt und sind in Schichtdiensten tätig. Auch fehlt es an Kenntnissen über und notwendigen Vernetzungen zu den kooperierenden Leistungserbringern wie ambulant tätigen fachärztlichen und psychotherapeutischen sowie nichtärztlichen Fachgruppen sowie den nicht SGB V Leistungserbringern. Die zeitlich parallele Inanspruchnahme stationärer (an einer PIA) Leistungen und Vertragsärztlicher bzw. Vertragspsychotherapeutischer ambulanter Leistungen ist derzeit nicht ausreichend möglich. Patient*innen die innerhalb dieser Richtlinie versorgt werden, sollen eine explizit ambulante Leistung erhalten. Die Anbindung der Patient*innen an den stationären Sektor wäre hinsichtlich der angestrebten Autonomieentwicklung der Pat. kontraproduktiv.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
18	DGPM	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Es wird die Position des Facharztstandards in den PIAs unterstützt Die Bindung an die fachärztliche Qualifikation wird unterstützt.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Diese Formulierung wird von der DVSG befürwortet.	Die Ergänzung fördert die nahtlose Versorgung und die erweiterte Perspektive der übergreifenden Versorgung.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Zustimmung	s. weiter oben. PIA-Patient:innen sollten nicht von der Richtlinie ausgeschlossen werden.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Arbeitsrechtliche Bedenken	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Dieser Passus sollte dahingehend konkretisiert werden, dass nur in der PIA tätige Fachärztinnen/Fachärzte in fortgeschrittener fachärztlicher Ausbildung gemeint sind; analog zu den Bestimmungen in der Traumaambulanzverordnung	Damit wird die oft noch mangelnden Berufserfahrung und mögliche Überforderung durch die Behandlungsverantwortung berücksichtigt.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 – 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	inhaltlich Zustimmung, weiter oben aber bereits regelbar	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Änderungsvorschlag prüfen.
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Zustimmung zur KBV/DKG Position. Die Erfahrung mit der KSV-Psych-RL für Erwachsene hat gezeigt, dass ein hälftiger Versorgungsauftrag kein Grund für einen Ausschluss sein darf, da dies die Zahl der als Bezugsärztin/-arzt oder Bezugspsychotherapeutin/-psychotherapeut am Netzverbund Teilnehmenden erheblich mindert und die Umsetzung der RL substanziell behindert. Zudem lässt der Status eines hälftigen	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Versorgungsauftrags allein keine generellen Rückschlüsse auf den Umfang der Arbeitszeit bzw. eine geringere Verfügbarkeit in der Praxis für die Aufgaben der RL zu. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind hälftige Versorgungsaufträge relativ häufig. Die Arbeitszeit für gesetzlich Versicherte in diesen Praxen ist jedoch dadurch nicht auf die Hälfte begrenzt, sofern diese nicht angestellt sind. Diese kann de facto dem Umfang eines vollen Versorgungsauftrags entsprechen. Durchschnittlich beträgt die Arbeitszeit der Ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychologischen Psychotherapeuten mit	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					hälftigem Versorgungsauftrag nach den uns vorliegenden Grunddaten etwa zwei Drittel eines vollen Versorgungsauftrags. Zudem kann durch die Kooperation im Netz eine ständige Erreichbarkeit sichergestellt werden. So kann z B der/die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in durch die Vernetzung die Erreichbarkeit der Praxis des/der entsprechenden Facharztes/Fachärztin nutzen. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine hälftige Zulassung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie und eine weitere hälftige Zulassung im Fach Neurologie oder im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Seltenheit. Diese Fachärztinnen und Fachärzte wären dann trotz ihrer großen und breiten Expertise von der Teilnahme als Bezugsarzt oder -therapeut ausgeschlossen.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	An anderer Stelle bereits geregelt bei KBV/DKG	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Muss nicht gesondert geregelt werden, wenn die Höhe des Versorgungsauftrags in der RL erst gar nicht benannt wird.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, der PatV erschien diese Regelung aufgrund der anderslautenden Regelung in der KSVPsych-RL sinnvoll.
10 / 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 5 Absatz 3	PatV	Wird abgelehnt		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Bisherige Fortschreibelogik.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung	s. o. zu § 5 Absatz 1, volle Versorgungsaufträge	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Schließt geteilte Kassensitze aus	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 5 Absatz 3	PatV	Ein voller Versorgungsauftrag sollte gefordert werden.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, jedoch spricht für die PatV die dünnere Versorgungsdichte für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche deutlich gegen eine solche Regelung.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
20	DVSG	§ 5 Absatz 3	PatV	Falls diese Formulierung gewählt werden sollte ist zu befürchten, dass der Zugang zur Leistung durch mangelnde Erreichbarkeit, Transparenz, Präsenz erschwert wird.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme für den nachvollziehbaren Einwand, siehe lfn. Nr. 18.
23	DGKJP	§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Weiter oben bereits regelbar – man muss es nicht eigens nochmals erwähnen	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfn. Nr. 09.
25	CBP	§ 5 Absatz 3	PatV		Die PatV wird befürwortet	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Nicht nötig, dies explizit zu regeln.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfn. Nr. 09.
28	BapK	§ 5 Absatz 3	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Gerade im KiJu-Bereich gibt es kaum volle Versorgungsaufträge. Zudem begrenzt ein halber Versorgungsauftrag auch nicht die erbrachte Leistung auf die Hälfte.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Von der Voraussetzung eines vollen Versorgungsauftrages ist dringend abzusehen, da ein wohnortnahes und	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					flächendeckendes Versorgungsangebot mit dieser Einschränkung nicht erreicht werden kann. Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 mit einem halben Versorgungsauftrag stehen der Versorgung in gleicher Weise in ausreichendem Maße zur Verfügung.	
34	UBSKM	§ 5 Absatz 3	PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV. Es sollte nicht notwendig sein, dass die Bezugsärztin/der Bezugsarzt/die Bezugstherapeutin/der Bezugstherapeut über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt	Ohne die Beschränkung auf einen vollen Versorgungsauftrag wird die Gruppe der potentiellen Bezugstherapeuten und -therapeutinnen größer, was das Wahlrecht von Patientinnen und Patienten stärkt und die Versorgung verbessern kann.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen		

Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.

Lfd. Nr.	**Institution**	**Betreffende Passage**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**	**Würdigung der Stellungnahme**
02	BPtK	§ 5 Absätze 4 und 5	KBV/DKG	In § 5 Absätze 4 und 5 werden weitere Aufgaben der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in definiert. **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 5 Absätze 4 und 5.**	Die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ist eine zentrale Aufgabe der Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in. Dies geschieht auf der Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung, die von der Fachärzt*in oder Psychotherapeut*in durchgeführt wird. Ergänzend fließen hierbei die Informationen der ggf. eingeleiteten somatischen Abklärung ein und berücksichtigen auch, falls erforderlich, die notwendigen somatischen Behandlungen. Dies sollte im Normtext entsprechend den Vorschlägen von KBV/DKG auch festgelegt werden. Gleiches gilt für die nicht delegierbare Verantwortung für die Kooperation und Abstimmung mit den jeweils an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen und Einrichtungen, die in Absatz 5 neben	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					der Erstellung, Entwick-lung, Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans, der unverzüglichen Anbahnung der ambulanten oder stationären Behandlung und der Einleitung der somatischen Abklärung als Verantwortungsbereiche der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in gelistet sind.	
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV	Zustimmung		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme.
			PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV	Zustimmung	Wir sehen zwischen den Versionen von GKV-SV und DKG/KBV keine wesentlichen Unterschiede. Unseres Erachtens sind es redaktionelle Unterschiede, die in beide Richtungen auflösbar erscheinen.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	Wir sehen zwischen den Versionen von GKV-SV und DKG/KBV keine wesentlichen Unterschiede. Unseres Erachtens sind es redaktionelle	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Unterschiede, die in beide Richtungen auflösbar erscheinen.	
			PatV	Ablehnung des Verweises auf die Behandlungskontinuität	Wenn es zu einem Wechsel kommt, ist vorher möglicherweise etwas schief gegangen. Dann kann Behandlungskontinuität sinnvoll sein, aber auch gerade nicht. Sie sollte nicht explizit gefordert werden.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme des nachvollziehbaren Einwands, der u. E. jedoch in der gewählten Formulierung bereits antizipiert wurde.
09	BAG-KJPP	§ 5 **PatV:** Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Zustimmung	Der Zusatz ist wichtig, weist er doch darauf hin, dass bei einer qualitativ hochwertigen therapeutischen Beziehung zwischen Wünschen und Entscheidungen im therapeutischen Prozess gerungen wird.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS / DGSPJ	§ 5 **PatV:** Absatz 4	PatV	Zustimmung	da Behandlungskontinuität für Kinder/Jugendliche eine sehr große Rolle spielt	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 5 **PatV:** Absatz 4	PatV	Zustimmung	Umfassendste Beschreibung.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 5 **PatV:** Absatz 4	PatV	Zustimmung mit folgender **Ergänzung**: „… *sind*	Auch wenn einem Wechselwunsch aus therapeutischen Erwägungen	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<u>vordringlich</u> *zu berücksichtigen.*“	nicht immer gefolgt werden sollte, ist eine bloße „Berücksichtigung“ nicht ausreichend. Vgl. § 5 Abs. 2	
15	bkj	§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV	keine		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
21	bvvp	§ 5 KBV/DKG Absatz 4	KBV/DKG	Erfreulich ist, dass die bei den Erwachsenen verpflichtenden differentialdiagnostische Abklärung durch ein*n P-Fachärzt*in gestrichen wurde und stattdessen der Schwerpunkt auf die Berücksichtigung bereits erhobener Befunde gelegt wird.		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme Auf berufsrechtliche Vorgaben und auf § 7 Abs. 2 wird verwiesen.
23	DGKJP	§ 5 KBV/DKG /PatV: Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Zustimmung	Hier kann ein Konflikt entstehen, aber die Behandlungskontinuität ist prognostisch sehr wichtig	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
25	CBP	§ 5 PatV Absatz 4	PatV		Die PatV wird unterstützt	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 KBV/DKG Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Ausreichend	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
28	BApK	§ 5 PatV Absatz 4	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Oberstes Ziel ist der Aufbau und der Erhalt einer stabilen therapeutischen Beziehung gerade bei KiJu.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	KBV/ DKG, PatV, GKV-SV	UBSKM regt an, statt auf Wünsche besser auf den Willen der Patientin oder des Patienten abzustellen	Wünsche ist zu wenig. Gerade in Fällen von Gewalt innerhalb der Therapie ist der Wille des Patienten bzw. der Patientin zu berücksichtigen, die behandelnde Person zu wechseln.	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. In den Tragenden Gründen aktuell wie folgt erläutert: „Die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen." Die Ergänzung wird geprüft.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		

1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2.die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG /PatV:** (5)**]**	Num mer 1	GKV-SV	Ablehnung	s.o., eine zusätzliche koordinierende Person wird abgelehnt. Darüber hinaus ist die Indikation einer somatischen Abklärung ausschließlich ärztliche Kompetenz	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			Num mer 1 – 5	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			Num mer 4	PatV	s.o.		**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 5 Absatz 5		KBV/DKG	Siehe Kommentar zu § 5 Absatz 4		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG /PatV:** (5)**]**	*Num mer 1*	GKV-SV	Ablehnung	Unterstützung Position KBV/DKG/PatV, da praxisnähere Formulierung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			Num mer 2	KBV/DKG	„Anbahnung“ wird unterstützt	Den regionalen Versorgungsrealitäten muss Rechnung getragen werden können.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			Num mer 4+5	KBV/DKG	Zustimmung zu dieser Formulierung	Praxisnähe	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG /PatV:** (5)**]**	*Num mer 1*	GKV-SV	Ablehnung	Andere Konzeption des Netzes. Zustimmung zum Vorschlag DKG/KBV	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			Num mer 1-5	KBV/DKG	Zustimmung	Ablehnung des Begriffs Einleitung aus dem Vorschlag von GKV-SV und PatV, da dies bedeuten würde, in eine andere Organisation hoheitlich einzugreifen. Man kann nur anbahnen.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			Num mer 4	PatV	Ablehnung	Gesamtkonzeption des §.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG /PatV:** (5)**]**	Num mer 1-2	GKV-SV	Ablehnung Nummer 1 Ablehnung Nummer 2 (Begründung s. KBV/DKG)	Wie bereits beschrieben wird eine zusätzliche koordinierende Person abgelehnt	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			Num mer 1-5	KBV/DKG	Zustimmung Nummern 1-5	Nummer 2: Anbahnung entspricht der Versorgungsrealität. Nur im Notfall bei akuter Fremd-	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						oder Eigengefährdung steht Kindern und Jugendlichen in Deutschland sofort ein Krankenhausbett zur Verfügung, ansonsten gibt es mit Dringlichkeitsabwägung eine Wartezeit auf ein stationäres Angebot – und das trotz kurzer durchschnittlicher Verweildauern	
			Num mer 1-4	PatV	Ablehnung Nummer 2 und 4 Zustimmung Nummer 1 und 3		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS / DGSPJ	§ 5 KBV/DKG/ PatV (5)	*(z.B. Num mer 2)*	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 5 PatV (5)		PatV	Zustimmung	Umfassendste Beschreibung.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP		Nr. 1	KBV/DKG /PatV	Zustimmung, insbesondere zur		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 5 KBV/DKG/ PatV (5)			Einbeziehung der Sorgeberechtigten		
			Nr. 4	KBV/DKG	Ablehnung	Vgl. § 4 Abs. 3	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			Nr. 4	PatV	Zustimmung unter Wegfall des „ggf.“	Der Fall dürfte stets gegeben sein.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, allerdings ist das „ggf.“ nicht verzichtbar, da die Koordination der Leistungserbringer im RL-Entwurf der PatV auch durch einen Leistungserbringer außerhalb des SGB V erfolgen kann.
15	bkj	§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG /PatV:** (5)**]**	*(z.B. Num mer 1)*	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			(z.B. Num mer 2)	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			(z.B. Num mer 4)	PatV	keine		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
18	DGPM	**§ 5 [GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG /PatV:** (5)**]**	Num mer 1	GKV-SV	Die Übernahme von formalen und koordinierenden Tätigkeiten durch die nichtärztliche Person ist zu unterstützen, um die bezugsärztliche Funktion nicht mit Koordinationsaufgaben zu überfrachten.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			Num mer 2	KBV/DKG	Ein Bezugsarzt/ -ärztin kann die Einleitung einer Behandlung nicht verantworten, da dies vielfach nicht in seiner/ihrer Hand liegt, ob Behandlung tatsächlich zustande kommt. Von Anbahnung zu sprechen, ist realistischer		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
21	bvvp	**§ 5 [GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG /PatV:** (5)**]**	Num mer 3	KBV/DKG	Begrüßenswert ist außerdem, dass dem Bezugsbehandelnden, und damit auch dem KJP, die Möglichkeit der Einleitung einer		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe erläutern aktuell wie folgt: „… und auf eine ggf. erforderliche Behandlung der somatischen Komorbiditäten hinzuwirken.“

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung zugestanden wird. Deshalb wäre der Ausschluss der KJP von der Rolle als Bezugstherapeut*innen bei somatischen Hauptdiagnosen, relevanter somatischer Komorbidität und bei regelmäßiger Dosisanpassung der Pharmakotherapie nicht sachgerecht. Allerdings fordert der bvvp, dass in **§ 5 Absatz 5 Nr. 3 hinter „Einleitung“ eingefügt** wird: *„**und ggf. Durchführung**“*. Somatische Abklärungen gehören zum essenziellen Bestandteil der teilnehmenden		Eine erweiterte Erläuterung wird geprüft.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Fachärzt*innen und sollten selbstverständlich auch im Rahmen dieser Richtlinie von diesen erbracht werden.		
21	bvvp	§ 5 GKV-SV (4)	Num mer 3	GKV-SV	Die benannten Einschränkungen der GKV sind zwingend zu streichen, da aufgrund der Kooperationen/des Tandems die somatische Versorgung mit abgedeckt ist.		**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Das Konzept der GKV sieht keine Bildung von patientenindividuellen Teams vor.
23	DGKJP	§ 5 [GKV-SV: (4)] [KBV/DKG /PatV: (5)]		GKV-SV	Ablehnung	s.o., wir lehnen eine eigene koordinierende Bezugsperson ab	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				KBV/DKG	Zustimmung—5. ist auch wichtig	Diese Formulierung deckt alle denkbaren Fallkonstellationen ab	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
				PatV	s.o.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 5 KBV/DKG/ PatV: (5)	*(z.B. Num mer 2)*	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			(z.B. Num mer 4)	PatV	Zustimmung	Hinreichende Regelung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
28	BapK	§ 5 PatV (5)	Num mer 1	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Die Einbeziehung der Sorgeberechtigten von Anfang an ist zwingend erforderlich.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Die Festlegung darauf, dass eine nichtärztliche (bzw. auch eine nicht-psychotherapeutische) Person die Koordination übernehmen MUSS, ist nicht zielführend. Es würde dadurch eine weitere zwangsweise Schnittstelle im Behandlungsprozess erzeugt, die den Fluss des	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Im Konzept der GKV wird unterschieden zwischen der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten, die oder der für das Ineinandergreifen der diagnostischen und

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Therapieprozesses nicht berücksichtigt und diesen durch Zeitverzögerung eher behindern kann.	therapeutischen Versorgungsangebote verantwortlich ist, und einer nichtärztlichen Koordination, die eine persönliche Kontinuität auch über die verschiedenen Leistungen hinweg sicherstellen soll. Die mit der Koordinationsfunktion verbunden zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Vermittlung von Behandlungsterminen oder die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringenden sollen nicht von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten, sondern der nichtärztlichen koordinierenden Person erbracht werden.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
06	DFT	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Diese Regelung sollte flexibler gefasst werden um die Anwendung der Richtlinie bei geringem Patientenaufkommen, in ländlich-strukturschwachen Regionen nicht unnötig zu erschweren.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Andere Konzeption des Netzwerks. Zustimmung zum Vorschlag von KBV/DKG	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Wie bereits mehrfach ausgeführt	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Gegen die starre Fokussierung auf Personen gem. Absatz 2, s. o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
15	bkj	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung: siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)	Siehe Begründung zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Der Aussage, dass die Koordination durch eine nichtärztliche qualifizierte Person erfolgen soll, stimmt die DVSG zu.	Die Koordination ist sinnvollerweise zu übertragen an nichtärztliche	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Berufsgruppen. Beispielsweise ist die Kompetenz, Netzwerke auch in unterschiedlichen Versorgungskontexten über das SGB V hinaus zu gestalten und Ressourcen zu erschließen, für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen im Berufsalltag und im Profil anzutreffen.	
21	bvvp	§ 6 Absatz 1	KBV/DKG	Der bvvp stimmt dem Beschlussentwurf der KBV dahingehend zu, dass die Koordination von den Personengruppen in Satz 1 unterstützt werden kann, dass sie aber nicht zwingend von diesen durchgeführt werden muss. Diese Regelung stellt z.B. sicher, dass im Fall einer kurzfristig eingetretenen Verhinderung der koordinierenden Person, wie durch Erkrankung, die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht unterbrochen werden muss, bis ein neuer Koordinator/eine neue Koordinatorin diese Arbeit übernehmen kann.		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	s.o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Es liegt kein fachlicher Grund für diese Regelung vor	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
28	BapK	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Der BapK lehnt diese Formulierung ab.	Der zwingende Einbeziehung eine extternen Koordinators erzeugt in vielen Fällen einen unnötigen Overhead. Wenn notwendig, wird solches durch die Formulierungen der anderen Bänke nicht ausgeschlossen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
33	DGSF + SG	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Wir begrüßen die Möglichkeit einer nicht-ärztlichen Koordination der Versorgung, da die Koordinations- und Navigationskompetenz, Familienorientierung und Expertise in lebensweltorientierter Unterstützungsleistung der Sozialen Arbeit, insbesondere der Jugendhilfe, eine nicht zu unterschätzende Ressource darstellt.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
31	DMtG	§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann GKV-SV: nur KBV/DKG/PatV: unterstützend auch durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. *Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen …* *4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,* *5. **Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten,*** *6. Pflegefach-personen,…*	Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten sind – wie alle Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten – durch ihre Ausbildung bzw. ihr Studium für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gut qualifiziert. In unterschiedlichen Einrichtungen und in eigener Praxis haben sie sich etabliert und sind deshalb in Abrechnungssystemen wie dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie für Rehabilitationsbehandlung in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) implementiert. Künstlerische Therapien werden auch in AWMF Leitlinien empfohlen. Sie sollten deshalb auch in diese Aufzählung (§6 Absatz 1) aufgenommen werden.	**GKV-SV/KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. Die aufgelisteten Qualifikationen wurden mit Blick auf die Unterstützung bei den Aufgaben gemäß § 7 ausgewählt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, 3. Medizinische Fachangestellte, 4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig, 5. Pflegefachpersonen, 6. Psychologinnen und Psychologen, 7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen, 8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger. Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 – 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			Num mer 3	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 6		KBV/DKG	Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 6 Absatz 1.	Aus Sicht der BPtK ist die Koordination der Versorgung genuine Aufgabe der Bezugs-ärzt*in/-psychotherapeut*in. Denkbar ist, dass je nach individuellem Behandlungs- und Koordinationsbedarf der Patient*in Teile der Koordination an andere Berufsgruppen übertragen werden können. Dass jedoch regelhaft die Aufgabe der Koordination umfas-send an andere Berufsgruppen delegiert werden soll, wie es im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen ist, entspricht einer Absenkung der Strukturqualität für eine besonders vul-nerable Patientengruppe, die aus Sicht der BPtK fachlich nicht zu rechtfertigen ist.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Um Kindern und Jugendlichen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen eine verbesserte Versorgung anbieten zu können, ist es erforderlich, dass sie langfristig eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer ambulanten Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in aufbauen und aufrechterhalten können. Dafür braucht es die Verortung der Koordination auf Ebene der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in. Diese muss persönlich bei relevanten Fragen der Behandlungsplanung, in Krisensituationen und bei der Abstimmung mit weiteren Leistungserbringer*innen als zentrale Ansprechperson für die Patient*in zur Verfügung stehen. Vorgesehen ist in § 11, auch im Regelungsentwurf des GKV-SV, dass die Koordination der Versorgung u. a. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						beteiligten Leistungser-bringer*innen sowie das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans beinhalten soll. Diese Anforderungen an die Koordination machen die Qualifikation einer Bezugsärzt*in/-psy-chotherapeut*in erforderlich. Die Koordination der Versorgung muss daher im Kern über die Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in erfolgen, da diese über die erforderliche fachliche Expertise, insbesondere auch bei der Absprache mit anderen Leistungserbringer*innen, verfügt. Die in Absatz 1 genannten Berufsgruppen können dagegen unterstützend bei der Koordination der Versorgung tätig werden, wobei zumindest für zugelassene Physiothera-peut*innen und Logopäd*innen der reale Anwendungsfall einer solchen Regelung infrage	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						gestellt werden kann. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob für die unter Nummer 3 bis Nummer 8 genannten Leistungserbringer*innen tatsächlich zusätzlichen Qualifikations-anforderungen zu stellen sind, damit diese unterstützend bei der Koordination der Ver-sorgung tätig werden können. Insoweit spricht sich die BPtK dafür aus, den letzten Satz in Absatz 1 ersatzlos zu streichen.	
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Die Festlegung darauf, dass eine nichtärztliche (bzw. auch eine nicht-psychotherapeutische) Person die Koordination übernehmen MUSS, ist nicht zielführend. Es würde dadurch eine weitere zwangsweise Schnittstelle im Behandlungsprozess erzeugt, die den Fluss des Therapieprozesses nicht berücksichtigt und diesen durch Zeitverzögerung eher behindern kann.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Im Konzept der GKV wird unterschieden zwischen der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten , die oder der für das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote verantwortlich ist, und einer nichtärztlichen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Koordination, die eine persönliche Kontinuität auch über die verschiedenen Leistungen hinweg sicherstellen soll. Die mit der Koordinationsfunktion verbunden zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Vermittlung von Behandlungsterminen oder die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringenden sollen nicht von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten, sondern der nichtärztlichen koordinierenden Person erbracht werden.
		§ 6		KBV/DKG /PatV	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [PatV:** einziger Absatz**]**		GKV-SV/ PatV	Ablehnung	Die Voraussetzung der fachspezifischen Zusatzqualifikation und der Nachweis einer zweijährigen Berufserfahrung sollte auch für die Berufsgruppen nach Nummer 1+2 gelten.	**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. **PatV:** prüft
06	DFT	§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DK G/PatV:** einziger Absatz**]**		GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Die koordinierende Person sollte, so es sie gibt, grundsätzlich über ausreichende fachspezifische Zusatzqualifikationen verfügen.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP/ SpiZ	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung der Ausschließlichkeit	Netzwerkkonzeption	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 6		KBV/DKG / PatV	Zustimmung zum unterstützenden Einbezug	Netzwerkkonzeption	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2] **[KBV/DK G/PatV:**	*Nr. 1-8*	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung zu allen genannten Berufsgruppen und Zustimmung zur Zusatzqualifikation für alle genannten Berufsgruppen.	Weder Heilmittelerbringer noch Leistungserbringer häuslicher Krankenpflege verfügen a priori über hinreichendes Wissen bei Kindern und Jugendlichen. Alle genannten Berufsgruppen müssen eine entsprechende	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme **GKV-SV**: Der Anregung wird gefolgt. **PatV:** prüft

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		einziger Absatz]			D.h. Ablehnung der Eingrenzung auf Nr. 3-8 wie von GKV-SV und PatV vorgeschlagen.	Qualifikation resp. Einschlägige Erfahrungen vorweisen.	
09	BAG-KJPP	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Die Koordination muss beim Bezugstherapeuten liegen, Begründung siehe oben mehrfach	**GKV-SV:** Kenntnisnahme.
		§ 6		KBV/DKG /PatV	Teilweise Zustimmung.	Die zusätzliche Koordinationsperson für umschriebene Themen / administrative Aufgaben wird Teil eines Behandlungsteams in Praxen oder Institutionen sein. Daher können Nummer 1 und 2 entfallen und es sollte die Auflistung noch um die Berufsgruppen Erzieher*in, Sport- und Bewegungstherapeut*in und künstlerische Therapeut*innen ergänzt werden.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die Koordinationsperson kann, muss aber nicht Teil einer bereits existierenden Praxis sein. Die aufgelisteten Qualifikationen wurden mit Blick auf die Unterstützung bei den Aufgaben gemäß § 7 ausgewählt.
		§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DK**		GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Ablehnung	Nur einzelne Aufgaben werden an eine zusätzliche Person delegiert, die Koordination liegt hauptsächlich in der Hand der	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Das Konzept der GKV sieht die Koordination der Versorgung durch eine

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		G/PatV: einziger Absatz**]**				ärztlichen oder psychotherapeutischen Bezugstherapeut*in. Die Festschreibung einer zusätzlichen Qualifikation der koordinierenden Person mit reduziertem Aufgabenbereich ist daher nicht erforderlich	nichtärztliche Person vor, so dass Vorgaben u.a. zur Qualifikation dieser nichtärztlichen koordinierenden Person notwendig sind. **KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die Delegations-möglichkeit wird mit Bezug auf die Aufgaben in § 7 beschrieben, sie wird jeweils individuell ausgestaltet.
10 / 30	DGPPS / DGSPJ	§ 6		KBV/DKG /PatV	Wir stimmen dieser Variante zu, mit dem **Zusatz**: ***Die koordinierende Person muss dem Kind/Jugendlichen/Sorgeberechtigten vertraut sein.***	Die Beziehungsqualität ist in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen essentiell.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe stellen auf den Aufbau des Vertrauensverhältnisses ab.
11	BDP	§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/PatV:**	Nr. 1-8	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		einziger Absatz**]**					
13	VDAB	§ 6		KBV/DKG /PatV	**Änderungsvorschlag**: *Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **auch** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:*	Die Koordination kann sowohl durch ärztliches wie auch nicht ärztliches Personal ausgeübt werden können.	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Dies wird jeweils von der ärztlichen oder psychotherapeutischen Bezugsperson entschieden.
14	DVGP	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung des Wortes „*nur*“	s. o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 6		KBV/DKG /PatV	Zustimmung zu „*unterstützend auch*“	Sachgerecht flexibel handhabbar	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme.
		§ 6 [GKV-SV: Absatz 2] [KBV/DK G/PatV: einziger Absatz]	*Num mer 3*	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	*Medizinische Fachangestellte* streichen	Auch mit den nachfolgend geforderten Zusatzqualifikatione erachten wir diese Berufsgruppe in aller Regel für nicht ausreichend qualifiziert.	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die Delegationsmöglichkeit wird mit Bezug auf die Aufgaben in § 7 beschrieben, sie wird jeweils individuell ausgestaltet.
15	bkj	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 6		KBV/DKG /PatV	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme.
		§ 6 [GKV-SV: Absatz 2] [KBV/DK G/PatV: einziger Absatz]	*Num mer 3-8*	GKV-SV/ PatV	Zustimmung		**GKV-SV/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
16	DHS	§ 6 [GKV-SV: Absatz 2] [KBV/DK G/ PatV: einziger Absatz]		GKV-SV/ KBV/ DKG/ PatV	Wir möchten uns in einer Rückmeldung auf § 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten beziehen und hervorheben, dass Sozial-arbeiterinnen und -arbeiter, Sozialpädagogen/-pädagoginnen, Suchttherapeuten und -therapeutinnen maßgeblich an der Koordination der Versorgung von Abhängigkeitskranken zu beteiligen sind und einbezogen sein sollen. Eine Übertragung von Teilen der Koordination		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die genannten Berufsgruppen sind aufgenommen; Suchttherapie ist nach unserer Kenntnis keine grundständige Ausbildung, sondern setzt vielmehr auf einige der genannten Qualifikationen als Weiter- oder Fortbildung auf.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					der Versorgung der Patientinnen und Patienten muss ebenfalls an diese Berufsgruppen erfolgen können.		
20	DVSG	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Die DVSG stimmt der Reihenfolge der Nennungen nicht zu, lässt sie doch die häufigen Schnittstellen zu Arbeitsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens sowie die bedeutsame Koordinationskompetenz der Sozialen Arbeit außer Acht. Zudem ist die Berufsbezeichnung gemäß des Qualifikationsrahmens Soziale Arbeit in der jeweils gültigen Fassung zu wählen, die Wörter *‚oder gleichwertig'* sind zu streichen. **Änderungsvorschlag** für die bisherige Formulierung in Ziffer 4: *1. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,*	Die Reihenfolge der Nennungen ist zu ändern und sollte sich ausschließlich auf Fachkräfte beziehen, die die Koordinationsanforderungen erfüllen. Die Koordination der Versorgung von psychisch kranken Kindern- und Jugendlichen, die Entwicklung weiterer Versorgungs- und Behandlungsperspektiven sowie die Anbahnung und Vermittlung weiterer Hilfen aus den verschiedensten Versorgungsbereichen des SGB (insbesondere SGB VIII) ist seit vielen Jahrzehnten Kernaufgabe der Sozialen Arbeit in kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Praxen. Auch das SVR-Gutachten aus dem Jahr 2018 führt aus, dass der größte Teil der	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, die gewählte Reihenfolge stellt keine Rangordnung der Berufsgruppen dar.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ***Oder gleichwertig***	koordinierenden Tätigkeiten in psychiatrischen Kliniken von Sozialarbeiter*innen umgesetzt wird (vgl. Sachverständigenrat Seite 728, online verfügbar: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf); auch in Sozialpsychiatrischen Diensten und insgesamt im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Kinder- und Jugendhilfe ist die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit präsent und vernetzt. Das Studium der Sozialen Arbeit ist nachweislich hinreichend für die auch in § 11 genannten Aufgaben. Die Voraussetzung einer fachspezifischen Zusatzqualifikation ist für die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit obsolet, da Methoden- und Fachkenntnisse das Handlungsfeld Psychiatrie, Kinder-/Jugendhilfe umfassen und gerade die generalistische akademische Ausbildung Kenntnisse der	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Sozialgesetzbücher als integralen Bestandteil eines jeden Studiums der Sozialen Arbeit sind. Der Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit des Fachbereichstags Soziale Arbeit (QR SozArb) dient als allseits anerkannte Referenzgrundlage der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit und in den Sozialberufe-Anerkennungsgesetzen der Länder für die Studiengänge Sozialer Arbeit. Wie bei der Nennung anderer Berufsgruppen ist für die Soziale Arbeit es erforderlich, die qualifikatorischen Voraussetzungen entsprechend auf die Referenzgrundlage zurückzuführen. Die Wörter ‚oder gleichwertig' sind zu streichen.	
		§ 6 Absatz 2	Num mer 1		In der Aufzählung fehlt die Soziotherapie gemäß § 39 SGB V. Diese sollten in der Aufzählung ergänzt werden.	Die Soziotherapeut*innen sind im Satz 1 zu ergänzen, um diese gleichrangig zu benennen mit anderen Therapeut*innen und	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. Soziotherapie ist für die Versorgung von Kindern

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Formulierungsvorschlag: *Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,* ***sowie*** *Logopädinnen und Logopäden* ***sowie Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten gemäß § 37a SGB V***	nicht mit der Richtlinie auszuschließen.	und Jugendlichen nicht einschlägig. **PatV:** Dank und Kenntnisnahme. In der Transitionsphase kann Soziotherapie von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut verordnet werden (vgl. § 4 Abs. 2 ST-RL). Die PatV nimmt eine entsprechende Ergänzung in der Richtlinie vor.
		§ 6 [GKV-SV: Absatz 2] [KBV/DKG/PatV: einziger Absatz]		GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Die DVSG stimmt für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen nicht zu, dass eine Zusatzqualifikation für die Wahrnehmung der Aufgaben erforderlich ist.	Die Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen sind neben der Beratung und Navigation in der Koordination zu sehen. Stets richtet sich das Augenmerk sowohl auf die im jeweiligen Einzelfall erforderlichen Befähigungs-, Beratungs- und Koordinationsleistungen zur	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die aufgelisteten Qualifikationsanforderungen wurden mit Blick auf die Patientengruppe (insbesondere schwer

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Erschließung von erforderlichen Hilfe(systemen) sowie auf die Koordinationsleistungen Einzelfall übergreifend. Eine Zusatzqualifikation ist nicht erforderlich, gleichwohl selbstverständlich zur Ausübung des Berufes eine regelhafte Fortbildung – wie bei anderen Berufen auch – ein Qualitätsmerkmal des Berufsalltags darstellen muss.	Erkrankte) und die Unterstützung bei den Aufgaben gemäß § 7 ausgewählt.
21	bvvp	§ 6 [GKV-SV: Absatz 2] [KBV/DKG/PatV: einziger Absatz]	Num mer 1	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Bei den Qualifikationsanforderungen der Personengruppe nach Punkt 1 ist zwingend die Bestimmung zu streichen, dass diese Heilmittelerbringer nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassen sein müssen. Gerade in größeren Versorgungsstrukturen wird es zielführend sein, Mitarbeitende dieser Berufsgruppen für die Koordination fest anzustellen. Nur dann können sie weisungsgebunden in die Praxisstruktur eingebunden		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die formulierten Anforderungen der Nrn. 1 u. 2 adressieren sozialgesetzliche Standards für die ambulante Tätigkeit.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					werden. Wenn diese Personen aus diesen Gruppen verpflichtet werden, nebenher noch eine eigene Praxis zu führen, werden sie die Koordination eher nur nebenher erledigen. Zugelassene Heilmittelerbringer sollten nicht ausgeschlossen werden, aber die Möglichkeit der Koordination daran zu knüpfen, dass sie über eine eigene Zulassung verfügen, ist nicht zielführend. In dem Entwurf der GKV wird eine Zusatzqualifikation oder besondere Erfahrung für Angehörige von Berufsgruppen mit umfangreicher wissenschaftlicher und praktischer Qualifikation im Rahmen eines Hochschulstudiums gefordert, für Fachschulabsolvent*innen jedoch nicht. Das ist nicht nachvollziehbar. Es wird angeregt, dass Sozialarbeiter*innen,		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Sozialpädago-g*innen, Psycholog*innen und Heilpädagog*innen mit akademischem Abschluss und Nachweis von praktischer Erfahrung in der Arbeit mit Kindern während ihres Hochschulstudiums oder auch davor ohne weitere Qualifizierung oder postgraduale Berufserfahrung die Koordination durchführen können. Es wird begrüßt, dass in der Richtlinie an vielen Stellen dem Selbstbestimmungsrecht der Kinder und Jugendlichen Beachtung geschenkt wird und die partizipative Entscheidungsfindung mehrfach betont wird. Dieser Ansatz sollte konsequent weiterverfolgt werden, auch durch die Möglichkeit, Genesungsbegleiterinnen und -begleiter mit als Koordinierende im Rahmen der Richtlinie einzusetzen. Durch eine solche		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Einbeziehung wird das Prinzip des Empowerments erstmalig im vertragsärztlichen Versorgungsbereich für psychisch kranke Kinder und Jugendliche implementiert mit dem Ziel, Stigmatisierung und Ausgrenzung zu verhindern und Peer-geleitete Selbsthilfe zu stärken.		
23	DGKJP	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	s.u.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				KBV/DKG /PatV	Ablehnung	s.u.	**KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme.
				GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Ablehnung	Die nun doch erfolgende Einführung einer koordinierenden Bezugsperson durch alle Bänke verwirrt. Es gilt das oben gesagte zur Ablehnung einer koordinierenden Bezugsperson – unabhängig von möglicher Delegation	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Kenntnisnahme.
24/ 35	SHV/ DVE	§ 6 Absatz 2		KBV/DKG /PatV	Der Vorschlag wird zum Teil befürwortet. *„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen*	Die Formulierung „unterstützend“ ist aus unserer Sicht überflüssig. Die Tätigkeiten in dieser Versorgungsform sind	**KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Dies wird jeweils von der ärztlichen oder

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					*und Patienten kann **auch** durch (…)“*	allgemein unterstützend für alle weiteren Beteiligten.	psychotherapeutischen Bezugsperson entschieden und delegiert.
		§ 6 Absatz 2	Num mer 1	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Leistungserbringer:innen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V. Alternativ: In § 6 Abs. 2, Ziffer 1 wird *„Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene“* **durch** *„**zulassungsfähige Leistungserbringer:innen nach § 124 Absatz 1 SGB V**“* **ersetzt**.	Nach „ 124 SGB V können nicht nur Logopäd:innen zugelassen werden, sondern ebenfalls Absolvent:innen mit einem akademischen Abschluss. Die Formulierung im Entwurf berücksichtigt dies nicht. Hier sind auch nicht zugelassene Leistungserbringer (Angestellte) zu berücksichtigen.	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahmen, s.o. lfd. Nr. 21 **PatV:** prüft
		§ 6 [GKV-SV: Absatz 2] [KBV/DK G/PatV: einziger Absatz]	Num mer 9 (ergän zt)	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	**Nummer 9 neu: *eine Leistungserbringende der Soziotherapie nach §37a SGB V***	Siehe § 4 Absatz 2 Im Falle von jungen Erwachsenen zwischen dem 18. Und dem 21. Lebensjahr findet die Zielsetzung der Soziotherapie Anwendung.	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. Bei der Auswahl wurde der Schwerpunkt auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gelegt. **PatV:** Dank und Kenntnisnahme, siehe lfn. Nr. 20
		§ 6 [GKV-SV: Absatz 2]	Letzte r Satz /	GKV-SV/KBV/	Die tragenden Gründe führen aus, dass weitere konkretisierende Vorgaben zur	Im Bereich der Logopädie/Sprachtherapie gibt es keine speziellen	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		[KBV/DKG/PatV: einziger Absatz]	Tragen-de Gründe	DKG/PatV	Ausgestaltung der Zusatzqualifikation nicht erfolgen, die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen vielmehr im Genehmigungsverfahren nach § 4 Absatz 5 erfolgt.	Weiterbildungen, die mit einem einheitlichen Zertifikat abgeschlossen werden, so dass auch fachspezifische Fortbildungen die gemäß § 125 SGB V von Leistungserbringer:innen in der Logopädie/Sprachtherapie regelmäßig zu erbringen sind, im Rahmen der Genehmigungsverfahren anzuerkennen sind. Dies sollte in den tragenden Gründen klargestellt werden.	Die Ergänzung der Tragenden Gründe wird geprüft.
27	DGVT-BV	§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Engführung, nicht im Sinne dieser Richtlinie	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
32	BED	§ 6		GKV-SV/KBV/DKG/PatV	**Änderungsvorschlag**: *Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten* *kann **unterstützend** auch durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:*	Um die Versorgung nach dieser Richtlinie auch unter weiter zunehmendem Fachkräftemangel zu gewährleisten, ist die Schaffung der Möglichkeit eines koordinativen Einsatzes von sämtlichen im § 4 benannten Berufsgruppen indiziert.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Im Konzept der GKV wird unterschieden zwischen der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten, die oder der für das

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote verantwortlich ist, und einer nichtärztlichen Koordination, die eine persönliche Kontinuität auch über die verschiedenen Leistungen hinweg sicherstellen soll. Die mit der Koordinationsfunktion verbunden zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Vermittlung von Behandlungsterminen oder die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringenden sollen nicht von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten , sondern der

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							nichtärztlichen koordinierenden Person erbracht werden. **KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Dies wird jeweils von der ärztlichen oder psychotherapeutischen Bezugsperson entschieden und delegiert.

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	KBV und DKG schlagen vor, mit § 7 Absatz 1 die Verantwortung für eine geeignete Organisation der Versorgung den Leistungserbringer*innen des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 zu übertragen. **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV und DKG zu § 7 Absatz 1**	Die Leistungserbringer*innen des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 bil-den den zentralen Nukleus der ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch er-krankte Kinder und Jugendliche. Je nach konkreter Ausgestaltung der Versorgung und der einzubeziehenden Leistungserbringer*innen und Einrichtungen auch jenseits des SGB V ist es daher die Verantwortung der Mitglieder des patientenindividuellen Teams, die je-weils hierfür geeignete Organisation der Versorgung sicherstellen.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG ist ausreichend präzise.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Die Formulierung ist ausreichend präzise	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG ist ausreichend präzise.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP/ SpiZ	§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Netzwerkkonzeption	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Netzwerkkonzeption	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Netzwerkkonzeption	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Siehe oben	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Klar und deutlich – damit ist alles Wichtige genannt.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 7 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Ein adhoc Team ist nicht alltagspraktisch und nicht notwendig, wenn sich alle Leistungserbringer an die sonstigen Vorgaben der Richtlinie halten.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10 / 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Kurze und klare Formulierung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Entspricht der Richtlinienlogik am ehesten.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 7 Absatz 1	PatV	Zustimmung	Wir begrüßen die vorgeschlagene Bildung fallbezogener adhoc-Teams und verweisen zur Begründung auf die „Systemempfehlungen“ der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der DGPPN.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
23	DGKJP	§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	s.o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	Knappe und ausreichende Formulierung	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Ein zusätzliches Adhoc Team ist nicht erforderlich, wenn alle anderen selbstverständlich zeitnah verfügbar sind	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, allerdings ist unklar, wer mit „alle anderen“ gemeint ist, da das adhoc-Team des Richtlinien-Entwurf der PatV „alle anderen“ umfasst.
25	CBP	§ 7 Absatz 1	PatV	Die Position der PatV wird unterstützt		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	BapK	§ 7 Absatz 1	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Die Formulierung entspricht den Tragenden Gründen der PatV.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
32	BED	§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Hierarchisch statt kooperativ orientierte Strukturen sind keine zielführende Grundlage für die zukünftige Versorgung.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Ablehnung	Interprofessionalität lässt sich nicht an nur zwei Berufsgruppen festmachen	**KBV/DKG:** Kenntnisnahme; bei Bedarf können weitere Berufsgruppen und Qualifikationen hinzugezogen werden.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 7 Absatz 1	PatV	Zustimmung	Bei dem Vorschlag der PatV wird indes die patientenindividuelle und kooperative Leistungserbringung in den Vordergrund gestellt.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 7 Absatz 1	PatV	UBSKM unterstützt die Fassung der PatV.	Der Vorschlag ist realitätsnah und bezieht Krisenfälle o.ä. schon mit ein.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9,	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt

a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden.	2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von	dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen	relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und	

Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der	

	Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung Die Erstuntersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt zur somatischen Abklärung ist wichtig. Darüber hinaus soll eine Ärztin oder ein Arzt durchgehend an der Versorgung teilnehmen.		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 7 Absatz 2	*(Num mern 2. 3 und 9.)*	KBV/DKG	**Änderungsvorschlag der BPtK ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 7 Absatz 2:** *„(2)…* ***2.*** *die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprech-stunde* ***unter Berücksichtigung bereits vorliegender Vorbefunde***	Die BPtK begrüßt ausdrücklich, dass in § 7 Absatz 2 der Richtlinie die zusätzlichen Leistun-gen, die über die Leistungen der bestehenden Regelversorgung hinausgehen, verankert werden. Hierzu zählen nach dem Vorschlag von KBV und DKG die Ermöglichung eines zeitnahen	**KBV/DKG:** Kenntnisnahme. Zu 2. Die Berücksichtigung bereits vorliegender Befunde ist in § 9 Absatz 1 geregelt. Zu 3. Regelungen zur Überprüfung und Anpassung des Gesamtbehandlungsplanes sind unter § 10 Absatz 4 geregelt. Zu 9. Aufsuchen im häuslichen Umfeld ist unter Nr. 4.b formuliert.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					*3. die Erstellung, **regelmäßige Überprüfung, Anpassung** und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10* *…* **9.** *die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen, **einschließlich der aufsuchenden Behandlung zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung.** Die kontinuierliche Betreuung in Krisen kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten*	Termins in der Eingangssprechstunde, der in der Regel innerhalb von zehn Werktagen nach Kontaktaufnahme durch die Patient*in zu erfolgen hat. Dies erscheint sachgerecht, um für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche einen schnellen Zugang zur ambulanten Komplexbehandlung sicherzustellen, nicht zuletzt auch bei den Übergängen aus anderen Versorgungsbereichen. Darüber hinaus soll die Behandlung gemäß § 9 bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 2 zeitnah beginnen. Weitere Elemente sind die	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Leistungserbringern gewährleistet werden.“	differenzialdiagnostische Abklärung, die zeitnah nach der Eingangssprechstunde erfolgen soll. Hierbei sollte klargestellt werden, dass bereits vorliegende Vorbefunde, z. B. aufgrund einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung, systematisch zu berücksichtigen sind. So kann wegen einer bereits im Krankenhaus erfolgten somatischen Abklärung auf die erneute Durchführung verzichtet werden. Durch die Bildung von patientenindividuellen Behandlungsteams nach § 4 Absatz 3 kann zugleich sichergestellt werden, dass die ggf. erforderliche	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						fachärztliche Kompetenz jederzeit zeitnah zur Verfügung steht. Bei der Erstellung und Nachhaltung des Gesamtbehandlungspla ns sollte die regelmäßige Überprüfung und Anpassung des Gesamtbehandlungspla ns ergänzt werden, um die hier-für erforderlichen Prozessschritte vollständig abzubilden. Bei den Aufgaben der Koordination der berufsgruppenübergrei fenden, strukturierten und sektorenübergreifende n Versorgung ist zu berücksichtigen, dass diese in vielen Fälle die Leistungserbringung	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						durch die Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in erfordern. Dies gilt zum Beispiel für das Aufsuchen der Patient*in im häuslichen Umfeld oder das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patient*in. Unter Nummer 9 sollte darüber hinaus die aufsuchende Behandlung als Teil der kontinuierlichen Betreuung der Patient*in in Krisen explizit geregelt werden. Diese ist regelhaft von der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in durchzuführen.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur Position der KBV/DKG	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				KBV/DKG	Zustimmung, keine Ergänzung	Klarste und präziseste Beschreibung der Aufgaben und Organisation	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
				PatV	Ablehnung	Zustimmung zur Position der KBV/DKG	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Unterstützung der Netzwerkkonzeption der KBV/DKG	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Netzwerkkonzeption KBV/DKG wird unterstützt. Umfassende, bürokratiearme Regelung der Aufgabenstellung ist erforderlich und wird hier umgesetzt. Die Ressourcen müssen beim Patienten ankommen,	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Koordination und Kooperation muss konsequent das oberste Ziel darstellen.	
		§ 7 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Das Netzwerkkonzept von KBV/DKG wird unterstützt	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
08	PIBB	§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Der Vorschlag der KBV/DKG wird in allen Einzelpunkten unterstützt.	Vorliegende Erfahrungen aus der KSVPsych-RL sprechen dafür.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 7 Absatz 2	*Num mer 1-5*	GKV-SV	Ablehnung der Nummern 1-5	Zu bürokratisch und überreguliert, bildet die Aufgaben in der klinischen Praxis nicht gut ab.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 2	*Num mer 1-10*	KBV/DKG	Zustimmung bei Nummer 1-10	Detaillierte Ausführung der relevanten Inhalte, auch die Vorschläge der Fristen sind zu befürworten	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Dem/der Bezugstherapeut*in als	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						mögliche Koordinatorin zu benennen ist sinnvoll, jedoch an dieser Stelle nicht erforderlich, da er/sie bereits als primärer Koordinator in der BAG KJPP Stellungnahme benannt ist. Ansonsten sind die Leistungsinhalte nicht adressiert.	
10 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 7 Absatz 2	*(z.B.* ***Num mer 2)***	KBV/DKG	Wir stimmen dieser Variante zu mit folgender **Ergänzung**: die Eltern/ Sorgeberechtigten müssen unbedingt mit einbezogen werden.	Wir behandeln Kinder und Jugendliche, die je nach Entwicklungsstand ab 14 Jahren juristisch einwilligungsfähig sind. Unabhängig davon müssen immer auch die Eltern mit einbezogen werden. Daher muss der Fokus „Patientenwille“, der sich durch das ganze	**KBV/DKG:** Kenntnisnahme, aus Sicht der KBV/DKG wird der Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten umfassend in der Richtlinie berücksichtigt; der Grundsatz ist in § 1 Abs. 1 formuliert.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Papier zieht, angepasst werden.	
11	BDP	§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Entspricht der Richtlinienlogik und umschreibt umfassend die zu bewältigenden Aufgaben im Zuge der Kooperation.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Skepsis	Überregulierung mit Festlegung, die vielen Fällen nicht gerecht werden dürften	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				GKV-SV	Skepsis	dito	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
15	bkj	§ 7 Absatz 2	*(z.B. Num mer 2)*	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Formulierung für die komplexen Aufgaben, realistischste Umsetzungsoption	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			(z.B. Num mer 4 d.)	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Formulierung für die komplexen Aufgaben, realistischste Umsetzungsoption	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
17	Dptv	§ 7 Absatz 2	Nr. 1d	GKV-SV	Ablehnung § 7 Abs. 2 Nr. 1d: „d. *Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nr. 5b zu verwenden.“*	Die Einführung eines zusätzlichen Dokumentes schafft neue Bürokratie, erzeugt Kosten und Aufwand für die Praxen. Es sollte geprüft werden, ob die Informationen für den GKV- SV notwendig sind und ob die Informationen nicht bereits auf anderem Wege (Abrechnungsdaten) übermittelt werden.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die parallele Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen, da dies dem Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung entgegenstehen würde. Es kann nur durch die jeweilige Krankenkasse zweifelsfrei festgestellt werden, ob eine parallele Versorgung erfolgt, daher ist der Beginn der Versorgung in Form der Patientenaufnahme der Krankenkasse anzuzeigen. Die Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung können hierfür auf Grund der deutlichen zeitlichen Verzögerung nicht genutzt werden.
20	DVSG	§ 7 Absatz 2		PatV	Die DVSG stimmt dieser gewählten Formulierung zu.	Zur Sicherstellung der Leistung sollte nicht zu detaillierte und kleinteilige	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Anforderungen gestellt werden.	
21	bvvp	§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Der bvvp hält es für sachgerecht, dass der Erstkontakt zeitnah hergestellt werden soll. Die Bestimmung, dass „in der Regel innerhalb von zehn Werktagen“ ein Erstkontakt durchgeführt werden soll, trägt der Problematik Rechnung, dass viele Familien oft nicht dazu in der Lage sind, einen kurzfristig angebotenen Termin wahrzunehmen – sei es durch Berufstätigkeit der Eltern, somatische Erkrankung von Familienangehörigen oder bereits vereinbarter terminlicher Verpflichtungen für Geschwister. Mit dieser Regelung können auch Familien eingeschlossen werden, die einen gewissen zeitlichen Vorlauf für die Terminwahrnehmung benötigen. Sachgerecht ist auch, dass patientenorientierte Fallbesprechungen unter		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme, aufgrund der nachvollziehbaren Bedenken, der Gewährleistung der vorgesehenen Frist wird der Erstkontakt „**in der Regel**“ innerhalb von zehn Werktagen vorgesehen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					bedarfsweiser Einbeziehung kooperierender Einrichtungen oder Teammitglieder stattfinden und dass das Tandem sich einmal im Quartal bespricht. Unter Punkt 2 wird der Zugang zur Aufnahme der Versorgung nach dieser Richtlinie beschrieben. Dieser Zugang sieht jedoch nach Nummer 1 zwingend vor, dass eine Eingangssprechstunde aufgesucht wird. Das impliziert auch, dass die Kinder und/oder Jugendlichen in die Praxis der mitwirkenden Behandelnden kommen. Es gibt jedoch eine kleine, aber nicht zu vergessende Zahl an Kindern und Jugendlichen, die aufgrund ausgeprägter Ängste nicht dazu in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen. Nicht selten werden diese Kinder und Jugendlichen dann zwangsweise einer Krankenhausbehandlung zugeführt. Wie in Modellprojekten nachgewiesen wurde, lassen sich solche Zwangseinweisungen durch		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					aufsuchende Behandlung, insbesondere im Erstkontakt, oftmals vermeiden. Deswegen fordert der bvvp, dass unter Absatz 2 die Möglichkeit aufsuchender Arbeit aufgenommen wird. Diese sollte sowohl in der häuslichen Umgebung der Familien als auch in Schulen und/oder Jugendhilfe-einrichtungen möglich sein. Das gilt sowohl für den Erstkontakt als auch für die laufende Behandlung und bedarf somit als neue Leistung auch einer gesonderten Leistungsbeschreibung.		
23	DGKJP	§ 7 Absatz 3	Num mer 2	GKV-SV	Ablehnung	Zu bürokratisch	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			Num mer 5b	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			Num mer 2	KBV/DKG	Zustimmung	Der einzige inhaltliche und gut begründbare Vorschlag; die inhaltliche	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Detailliertheit ist an dieser Stelle sinnvoll	
				PatV	Ablehnung	Zu wenig Inhalt	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die Leistungen werden im PatV-Entwurf in § 11 Absatz 2 beschrieben. Die PatV wird jedoch eine Überarbeitung des Entwurfs hinsichtlich seines logischen Aufbaus überprüfen.
24/ 35	SHV/ DVE	§ 7 Absatz 2	Num mer 4	GKV-SV	Dem Vorschlag wird zugestimmt. *„In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen*.“	Zwei Fallbesprechungen im Quartal sind eine realistische Größe für alle Beteiligten.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 7 Absatz 2		PatV	Zustimmung	Hinreichende Regelung. Delegierbarkeit möglich, jedoch nicht zwingend.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
28	BApK	§ 7 Absatz 2		PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Die Formulierung entspricht den	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Tragenden Gründen der PatV. Die Ausführungen der anderen Bänke wecken Zweifel in der Professionalität der Leistungserbringer.	
33	DGSF + SG	§ 7 Absatz 2	Num mer 2	PatV	*Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren* **[vor allem bei bereits installierten Hilfen des SGB VIII].**	Wir begrüßen die interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche fallbezogen und fallunabhängig zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen und Systemen und Säulen regelmäßig stattfinden sollte. Eine Verpflichtung zur Kooperation, analog der Regelung im SGB VIII, ermöglicht eine gelungene Kooperation und Klarheit der unterschiedliche	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, der Ergänzungsvorschlag wird jedoch nicht umgesetzt. Bereits installierte Hilfen des SGB VIII machen eine koordinierende nichtärztliche Person nicht notwendiger als die Leistungen anderer SGBs auch.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer /Buch stabe	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Akteur*innen an den Schnittstellen. Der Fokus bei der Behandlung ist nicht ausschließlich auf die medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen zu legen, sondern es ist tatsächlich eine multiprofessionelle Behandlung zu gewährleisten. Die Koordinations- und Navigationskompetenz der Sozialen Arbeit sollte hier gesehen werden. Doppelstrukturen zu beispielsweise Helferkonferenzen in den Hilfen zur Erziehung müssen vermieden werden.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich; 6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04 / 05	BVDP / BVDN	§ 7 Absatz 3		PatV	Ablehnung	Zustimmung zur Position KBV/DKG	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07 / 12	BKJPP / SpiZ	§ 7 Absatz 3		GKV-SV	Existiert nicht.		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	s.u.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 7 Absatz 3		PatV	Ablehnung	Netzwerk Konzept und Darstellung der Aufgabenstellungen von KBV/DKG werden unterstützt. Regelungen, Vorschläge von PatV werden nicht komplett inhaltlich abgelehnt, sind bei KBV/DKG an anderer Stelle geregelt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 7 Absatz 3	Num mern 1-6	PatV	Ablehnung Nummern 1-6	Bereits in Absatz 2 KBV/DKG beinhaltet	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	Zustimmung.	s.u.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
14	DVGP	§ 7 Absatz 3		PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
			Nr. 7	PatV	**Ergänzungsvorschlag***:* ***„7. die Einbeziehung von Leistungserbringern aus anderen Rechtskreisen in die Behandlungsplanung und in die Abstimmung und Vernetzung aller im Einzelfall erbrachter Hilfen“***	S3-Leitlinie der DGPPN, siehe vorigen Anmerkung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme. Die PatV wird den Hinweis prüfen.
15	bkj	§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 7 Absatz 3		PatV	Die DVSG stimmt der Formulierung zu. Begrüßt wird insbesondere das Benennen der Möglichkeit zur aufsuchenden Arbeit und das Einbeziehen von Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
23	DGKJP	§ 7 Absatz 3	*(z.B. Num mer 2)*	PatV	Ablehnung	Vorschlag KBV/DKG ist inhaltlich ausführlicher und zutreffend	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
27	DGVT-BV	§ 7 Absatz 3	*(z.B. Num mer 2)*	PatV	Zustimmung	s. o.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
28	BApK	§ 7 Absatz 3		PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Die Ausführungen der Pat V unterstreichen hier den patientenzentrierten Ansatz auch mit dem Aufsuchen in seiner häuslichen Umgebung.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 7 Absatz 3	Num mer 5 und 6	PatV	Zustimmung vor allem 5 & 6		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch	

	schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Ergänzung	Diese Aufgabe erachten wir als sehr wichtig	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BKJPP/ SpiZ	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Selbsterklärend! Es ist inzwischen in jedem Sportverein ein Standard, sich des Themas zu widmen. Es ist Standard in der Jugendhilfe, es muss hier ebenfalls explizit benannt werden.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG-KJPP	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Wichtig zur Sicherung des Kinderschutzes	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Grundsätzliche Zustimmung als Ergänzung, i.S.e. „Erstellung von Schutzkonzepten“, jedoch eher	„Schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche“ sind nicht per se	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				mit dem inhaltlichen Bezug auf die „Schutzbedürftigkeit“ aller Kinder und Jugendlichen, i.S.e. „Prävention schwerer psychischer Erkrankungen“. Die Risiko- und Gefährdungsanalyse soll zur Prävention und Verbesserung des Schutzes durch weitere Leistungserbringende, bspw. Fachpsycholog:innen für Rechtspsychologie, ergänzt werden.	schutzbedürftiger, sondern i.d.R. bereits von Schädigungen betroffen. Der präventive „Schutzkonzept-Ansatz“ ist ausgesprochen begrüßenswert, betrifft aber gerade diejenigen, die noch nicht betroffen sind. Vgl. Änderungsvorschlag zu §4 Absatz 2.	
15	bkj	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Wichtiger zusätzlicher Aspekt	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Grundsätzlich stimmt die DVSG dieser Formulierung zu. Besondere Schutzkonzepte sind im Fall von Verdacht auf Missbrauch und/oder Gewalt unerlässlich.	Die Orientierung und Berücksichtigung der Kinderschutzleitlinie ist sicherzustellen. Ggf. ist zu prüfen, ob ein Verweis auf die Kinderschutzleitlinie in dieser Richtlinie ergänzt werden sollte. Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind jedoch in der Form auszugestalten, dass diese keine Barrieren zur	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Inanspruchnahme oder Beteiligung an dem Hilfesystem nach der Richtlinie darstellen.	
23	DGKJP	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Entspricht den rechtlichen Vorgaben, hier soll keine Grauzone existieren können	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Einrichtung von Schutzkonzepten wird ausdrücklich begrüßt	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	UBSKM unterstützt das Ziel des Beschlussentwurfes, regt aber an zu konkretisieren, wer zuständig ist, das Schutzkonzept zu erarbeiten.		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
36	VAKJP	§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Ausdrücklich unterstützen möchten wir den Vorschlag von KBV/DSG nach Forderung nach Kenntnissen und Beachtung von Prä- und Intervision bei (sexueller) Gewalt § 7 (Abs. 3) und die besondere Beachtung von Schutzkonzepten. Nachgewiesenermaßen korrelieren Traumata in Kindheit und Jugend mit		**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				schweren psychischen Erkrankungen.		

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

§ 8 insgesamt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/05	BVDP/ BVDN	§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung, keine Änderung	Unterschiede nur redaktionell	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Zustimmung, keine Änderung	Unterschiede nur redaktionell	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/12	BKJPP/ SpiZ	§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme **PatV**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
09	BAG KJPP	§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Muss nicht geregelt werden, sollte selbstverständlich sein.	**GKV-SV:** Das Konzept der GKV sieht für eine Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung vor. Bei Kindern und Jugendlichen kann auf Grund der Integration in verschiedenen Versorgungssystemen (teilweise auch in anderen Sozialgesetzbüchern z. B. Schule oder Jugendamt) davon ausgegangen werden, dass sich der größte Teil psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher bereits in einer Krankenbehandlung befindet. Es erscheint daher sachgerecht auch den als selbstverständlich angesehen Fall eines direkten Behandlungsbeginns zu regeln, sofern die oder der behandelnde Leistungserbringerin oder Leistungserbringer über die in § 5 benannten Anforderungen verfügt.
			PatV	Ablehnung	Muss nicht geregelt werden, sollte selbstverständlich sein.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Wird abgelehnt		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			PatV	Wird abgelehnt		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
27	DGVT-BV	§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			PatV	Zustimmung	Regelung jedoch nicht zwingend nötig.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 8 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Stringent zu den Zugangsvoraussetzungen der PatV.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung	Der Zugang sollte so niederschwellig wie möglich gestaltet werden.	**GKV-SV:** Das Konzept der GKV sieht für eine Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						vor; ein niedrigschwelliger Zugang in die Versorgung ist damit möglich. Die Überweisung bietet zudem die Möglichkeit der Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden, u.a. zur Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen durch die Information über die Diagnose und bisherigen Befunde. **PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
07/12	BKJPP/SpiZ	§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung	Die Notwendigkeit einer Überweisung schafft eine zusätzliche Hürde, die keinerlei Verbesserung beinhaltet. Der Absatz ist überdies entbehrlich, da ohnehin bereits eine Empfehlung ausreicht.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05 **PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Völlig ausreichende Formulierung.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme **PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Empfehlung ist ausreichend	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Entbürokratisierung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Der VDAB stimmt zu, dass es eine Überweisung oder Empfehlung zur Versorgung nach dieser Richtlinie geben sollte, sofern es sich um einen Erstkontakt handelt.	Eine Überweisung erscheint sinnvoll, da vorher eine Beratung stattfindet, an wen sich die betroffene Person wenden sollte.	**GKV-SV/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme **PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Überweisungspflicht erschwert unnötig den Prozess und entmündigt fallführenden Behandler*in	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 8 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung.	Der Zugang sollte niedrigschwellig gestaltet werden und den Patient*innen direkt gewährt werden. In der Eingangssprechstunde findet die	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					differentialdiagnostische Abklärung statt. Hier wird der Behandlungsbedarf festgestellt und gegebenenfalls die weitere Maßnahme eingeleitet. Das kann die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sein oder auch eine andere Behandlungsform bedeuten.	
18	DGPM	§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Überweisung oder Empfehlung ist sinnvoll, um Koordination mit Niedergelassenen zu gewährleisten.		**GKV-SV/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
19	VPKD	§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Diese Position wird ausdrücklich unterstützt, dass keine Überweisung notwendig ist.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Die DVSG stimmt dieser Formulierung ausdrücklich zu und unterstützt damit dem niedrigschwelligen Zugang zu dieser Leistung.	Die Richtlinie sollte die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass die Beteiligungs- und Zugangsmöglichkeiten zum Hilfe-/Unterstützungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendlichen so einfach wie möglich gelingt. Durch die Nicht-Erforderlichkeit einer Überweisung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					wird der niedrigschwellige Zugang zu der Leistung - und damit die Entfaltungs- und Nutzungsmöglichkeit - unterstützt. Zudem stärkt diese Regelung die Perspektive innerhalb des interdisziplinären Behandlungs-/Beratungsteams einer Augenhöhe und gemeinsamen Verantwortung, weg von einer ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungsleitung.	
27	DGVT-BV	§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Gewährleistet niedrigschwelligen Zugang (positiv zu bewerten).	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der Start und der Ursprung der Behandlung nach dieser Richtlinie sollte nachvollziehbar sein.	**GKV-SV/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 8 Absatz 1 und 2	PatV	Zustimmung	Für einen niedrigschwelligen Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie stimmen wir dem Beschlussentwurf der PatV zu, welcher für Patient*innen, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie gewährleistet. Eine Überweisung ist	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht notwendig.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt	**GKV-SV:** Das Konzept der GKV sieht für eine Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Empfehlung vor; ein niedrigschwelliger Zugang in die Versorgung ist damit möglich. Die Überweisung bietet zudem die Möglichkeit der Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden, u.a. zur Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen durch die Information über die Diagnose und bisherigen Befunde.
		Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt	**GKV-SV:** Kenntnisnahme **PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/12	BJKPP/SpiZ	§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Zugang ohne Überweisung, s.o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
		Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	s.o.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Zugang ohne Überweisung, s.o.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
09	BAG KJPP	§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	Empfehlung reicht aus	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	eine Empfehlung ist eine niedrigere Hürde	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung, i.S.e. Ergänzung; ggf. Streichung.	Ggf. inhärent.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung	Der Zugang zur Versorgung sollte so niedrigschwellig wie möglich sein.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
17	DPTV	Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung.	Bei der Empfehlung zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie, sind zumindest die Fachgruppen und Institutionen einzubeziehen, die in die Versorgung nach dieser Richtlinie involviert werden können und damit Kenntnis über diese Versorgungsform mitbringen. Das sind Ärztinnen und Ärzten, als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 8 Absatz 3	PatV	Die DVSG unterstützt diesen Formulierungsvorschlag und spricht sich damit für eine Chance der breiteren Zugangssteuerung zur Leistung aus.	Wenn die Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie von allen Leistungserbringer*innen gemäß § 4 ausgesprochen werden kann, wird dadurch die Chance zur Entfaltung der berufsgruppenübergreifenden Hilfen gestützt. Mit einem Verzicht auf die Beschränkung in der Zugangssteuerung auf teilnehmende Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, wird die Gestaltungsmöglichkeit erhöht und	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					im Sinne der niedrigschwelligen Zugangssteuerung verbessert.	
24/ 35	SHV/ DVE	§ 8 Absatz 3	PatV	Diesem Vorschlag wird zugestimmt.	Empfehlungen für die Versorgung eines/r Patient/in nach dieser Richtlinie sollte allen beteiligten Berufsgruppen möglich sein. So wird der Zugang zu der Versorgung auch tatsächlich bei vorliegendem Bedarf sichergestellt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 8 Absatz 3	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Stringent zu den Zugangsvoraussetzung der PatV.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Für einen niedrigschwelligen, schnellen und flexiblen Zugang zu der Behandlung nach dieser Richtlinie sprechen wir uns gegen die Notwendigkeit einer Überweisung und einfachen Empfehlungsmöglichkeit aus. Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 durch alle Leistungserbringer nach § 4 ausgesprochen werden.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**]** **[KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG :** Absatz 2**]**	KBV/DKG /PatV	Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV, DKG und PatV zu § 8.	Um eine Versorgung nach dieser Richtlinie beginnen zu können, muss ein einfacher und niedrigschwelliger Zugang zur Eingangssprechstunde bei einer teilnahmeberechtigten Leistungserbringer*in sichergestellt werden. Um den Zugang niedrigschwellig zu gestalten, spricht sich die BPtK dafür aus, dass die Versorgung	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					nach dieser Richtlinie keiner Überweisung bedarf. Empfehlungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie können grundsätzlich sowohl von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, aber auch von anderen Versorgungseinrichtungen und Institutionen ausgesprochen werden. Vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen fachlichen Hintergründe der Einrichtungen sollte auch eine Empfehlung nicht obligatorisch für die Inanspruchnahme einer Eingangssprech-stunde sein. Empfehlungen seitens der Krankenhäuser sind zielführend und sollten vor dem Hintergrund der Kooperationsbeziehungen und des Entlassmanagement des Krankenhauses in einen besonders zeitnahen Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie resultieren.	
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, **Aufnahme** des Wortes „***auch***“		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		[KBV/DKG : Absatz 2**]**				der Stellungnehmer wird gefolgt. **KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 8 **[GKV-SV/PatV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG :** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	Aufnahme des „auch“ lässt auch andere Möglichkeiten explizit zu.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. **KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 8 **[GKV-SV/PatV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG :** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung mit ***„auch“***	In diesem Fall genügt die alleinige Empfehlung nicht. Es bedarf eines Übergabegesprächs oder Runden Tisch – Gesprächs (d.h. unter Beteiligung von Patient und Sorgeberechtige) zwischen der stationären Einrichtung und einem der Leistungserbringer nach §4 Absatz 1. Diese Leistung muss parallel vom stationären und vom ambulanten Leistungserbringer geltend gemacht werden können, denn beide haben gleichermaßen einen Aufwand.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. An dieser Stelle wird die grundsätzliche Möglichkeit der Empfehlung in die Versorgung nach dieser Richtlinie im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehen; weitere Regelungen zum Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung werden in § 13 getroffen. **KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10/30	DGPPS/ DGSPJ	§ 8 **[GKV-SV/PatV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 8 **[GKV-SV/PatV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, i.S.e. Ergänzung; ggf. Streichung.	Ggf. inhärent.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. **KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 8 **[GKV-SV/PatV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Die DVSG unterstützt ausdrücklich die konkrete Benennung der Möglichkeit zur Empfehlung im Rahmen des Entlassmanagements mit dem **Zusatz** durch das Wort ‚***auch***'.	Durch den Zusatz des Wortes ‚auch' kann der Zugang zur Leistung gemäß dieser Richtlinie auch gewährleistet werden, wenn die Sorgeberechtigten z. B. kein Einverständnis zum Entlassmanagement unterschrieben haben. Dies ist wichtig, um die	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme. Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. **KBV/DKG/PatV**: Dank für den Hinweis in der Begründung

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Betroffenenperspektive zu erhöhen und den niedrigschwelligen Zugang zu unterstützen. Mit dem Zusatz ‚auch' wird eine unnötige Engführung auf das Entlassmanagement vermieden.	
24/ 35	SHV/ DVE	§ 8 Absatz 3	PatV	Diesem Vorschlag wird zugestimmt.	Empfehlungen für die Versorgung eines/r Patient/in nach dieser Richtlinie sollte allen beteiligten Berufsgruppen möglich sein. So wird der Zugang zu der Versorgung auch tatsächlich bei vorliegendem Bedarf sichergestellt.	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG :** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der

Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Lfd. Nr.	**Institu-tion**	**Betref-fende Passage**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**	**Würdigung der Stellungnahme**
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt	**GKV-SV:** Die Stellungnahme ist nicht nachvollziehbar, da an dieser Stelle insbesondere der zeitnahe Zugang für die Betroffenen geregelt wird, um möglichst schnell eine bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten. Das grundsätzliche Erfordernis einer Überweisung oder Empfehlung wird in den Absätzen 1 und 2 festgelegt.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			PatV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, aber Irritation, da es auch um eine Regelung zum zeitnahen Zugang geht.
07/12	BJKPP/ SpiZ	§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Keine Überweisung, s.o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
			PatV	Ablehnung	Keine Überweisung, s.o.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nummer 04/05
09	BAG KJPP	§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Keine Überweisung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
			PatV	Ablehnung	Keine Überweisung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nummer 04/05
10/30	DGPPS/ DGSPJ	§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Wird abgelehnt		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			PatV	Wird abgelehnt		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nummer 04/05
11	BDP	§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Streichung	Inhärent sowie aufgrund von §7 redundant.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Der Hinweis auf die Redundanz der Regelung ist unklar, da in § 8 der Zugang, insbesondere auch durch die Vorgabe von Fristen zur Terminvereinbarung durch die Leistungserbringenden, geregelt wird; in § 7 hingegen werden

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Vorgaben zur interdisziplinären Zusammenarbeit der Leistungserbringenden getroffen.
			PatV	Streichung	Inhärent sowie aufgrund von §7 redundant.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nummer 04/05
14	DVGP	§ 8 Absatz 5	PatV	Zustimmung	Sachgerechte Regelung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nummer 04/05
27	DGVT-BV	§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Engführung	**GKV-SV:** Die Stellungnahme ist nicht nachvollziehbar, da an dieser Stelle insbesondere der zeitnahe Zugang für die Betroffenen geregelt wird, um möglichst schnell eine bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten.
			PatV	Ablehnung	Engführung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, siehe lfd. Nummer 04/05
28	bapk	§ 8 Absatz 5	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Bei KiJu hat auch der Sorgeberechtigte mit informiert zu werden, auch wenn er nicht explizit erwähnt wird.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden und insbesondere bei der Hinzuziehung von weiteren zu Beginn der Versorgung nach dieser	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Die Punkte aus den Positionen von GKV-SV bzw. PatV sind bereits an anderen Orten genau geregelt. Eine erneute Regelung in der Richtlinie ist nicht erforderlich und könnte ggf. sogar zu Konflikten mit geltendem Recht führen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Der Regelungstext wurde auf Grund des Hinweises angepasst.
		§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Einfache, klare Regelung. Verweis auf ohnehin geltendes Recht.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung	s.o.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Formulierung beinhaltet über die hinterlegten gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen bereits, was GKV-SV und PatV ausformulieren.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung mit dem Hinweis, dass auch hier immer nur von „*Patienten*“ gesprochen wird; die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten und des familiären Kontextes in dem Kinder leben muss ergänzt werden	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung**: Die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen ist an vielen Stellen in der Richtlinie vermerkt und gleich zu Beginn in § 1 Absatz 1 als Grundsatz eingetragen.
11	BDP	§ 8 Absatz 6	PatV	Zustimmung	Am weitesten gehende Formulierung der informierten Einwilligung sowie des Vorgehens bzgl. Einsichtsfähigkeit bzw. Einwilligungsunfähigkeit der Patientinnen und Patienten.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 8 Absatz 6	PatV	Zustimmung	Sachgerechte Regelung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
15	bkj	§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Einfachste Formulierung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung.	Die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten sind den Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen bekannt und bedürfen keiner ausführlichen Erläuterung in dieser Richtlinie.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Die DVSG stimmt diesem Formulierungsvorschlag zu.	Mit dieser Formulierung wird auf detaillierte Ausführungen über die konkrete Ausgestaltung der Information/Aufklärung verzichtet. Dies ist aus Sicht der DVSG für die Richtlinie ausreichend und umfasst auch	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Regelungen für einwilligungsunfähige Personen.	
27	DGVT-BV	§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 8 Absatz 6	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierungen nur bedingt.	Die separate, datenschutzrechtliche Einwilligung zur Übermittelung der notwendigen Informationen an den Leistungserbringer, denen in dem Gesamtbehandlungsplan fachlich schon eingewilligt wurde, wird eine Unmenge an Absicherungspapier erzeugen, und den Abruf einer konkreten Leistungserbringungsmaßnahme verzögern oder gar verhindern, insbesondere da Sorgeberechtigte mit koordiniert werden müssen. Sinnvoll erscheint, die datenschutzrechtliche Einwilligung mit der Einwilligung zum Behandlungsplan durchzuführen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung; die Eingangsuntersuchung soll durch eine Ärztin bzw. einen Arzt erfolgen		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Im Vorschlag von KBV und DKG definiert § 9 Absatz 1 die diagnostischen Leistungen der Eingangssprechstunde und der differenzialdiagnostischen Abklärung, die die Grundlage eines zumindest vorläufigen Gesamtbehandlungsplans bilden sollen. Dabei wird zugleich	In der Eingangssprechstunde erfolgt eine erste Diagnostik psychischer, somatischer und sozialer Aspekte, die für die Behandlung der Patient*in relevant sind. Im Rahmen dieser (Erst)Diagnostik erfolgt auch die Indikationsstellung und Prüfung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. Aus unserer Sicht ist der Änderungsvorschlag durch die bestehende Formulierung schon abgedeckt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				klargestellt, dass die differenzialdiagnostische Abklärung unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde erfolgt. **Änderungsvorschlag zu § 9 Absatz 1, ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:** *(1) „Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2* ***und führen die psychische und soziale differenzialdiagnostische Abklärung*** *in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie durch, sofern die Richtlinie über die Durch-führung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. Die gesamte differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller*	der Voraussetzungen für die Teilnahme an der Versorgung nach § 2. Diese (Erst)Diagnostik wird von Psychothera-peut*innen im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde durchgeführt, in der auch eine differenzialdiagnostische Abklärung der psychischen Erkrankungen erfolgt und die vorliegenden Befunde bei der Indikationsstellung für die weitere Versorgung mit ein-bezogen werden. Entsprechend sollte im Normtext klargestellt werden, dass nicht nur die Überprüfung der Kriterien gemäß § 2 im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde durchgeführt wird, sondern auch die psychische und soziale differenzialdiagnostische Abklärung. Psychotherapeut*innen veranlassen in diesem Zusammenhang ggf. auch weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen einschließlich	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird."	der somatischen Abklärung, sofern diese nicht unmittelbar zuvor bereits durchgeführt worden sind. Auf Basis dieser Diagnostik erstellt die Leistungserbringer*in bei Erfüllung der Voraussetzungen einen vorläufigen Gesamtbehandlungsplan, der nach Rücksprache mit der weiteren Leistungserbringer*in des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3, die die weitere differenzialdiagnostische Abklärung vornimmt, angepasst und ergänzt wird. Nach diesen Rücksprachen und einer Fallbesprechung im patientenindividuellen Team kann dann der endgültige Gesamtbehandlungsplan erstellt werden.	
04/05	BVDP/ BVDN	§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/12	BJKPP/ SpiZ	§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Der Verweis auf die gestufte Versorgung ist schwer verständlich. Gemeint ist wohl, dass Befunde und Maßnahmen, die bereits im Rahmen bisheriger Versorgungsangebote zu nutzen sind und auf dieser Grundlage die Voraussetzungen zur Teilnahme zu prüfen sind. Dies ist selbsterklärend, da die Teilnahme am Behandlungsangebot dieser Richtlinie zu Beginn der Behandlung, also mit dem vorhandenen Vorwissen in der Eingangssprechstunde gestellt werden muss. Eine Festlegung des Bezugstherapeuten ist erforderlich, insgesamt wird der Sachverhalt in der Version von KBV/DKG sachgerecht und dabei wesentlich einfacher beschrieben	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Das Konzept der GKV sieht keine Eingangssprechstunde vor, daher erscheint die Regelung zum Ablauf der Versorgung nach dieser Richtlinie sachgemäß. Die Festlegung der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten wird in Absatz 1 getroffen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	Die Erstellung des Behandlungsplans ist Aufgabe des Bezugsarztes oder Bezugstherapeuten. Damit ist implizit auch klar, dass diese Rolle festgelegt wurde. Es muss nicht erneut formuliert werden.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Wichtig im Sinne dieser Richtlinie ist eine Verbesserung für Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen. Wie sind ausreichend Anzahl und kurzfristiges Zur Verfügung Stellen von Terminen zu definieren, wie zu prüfen? Was passiert, wenn die Termine freigehalten werden, aber nicht benötigt werden? Man sollte diese Organisation in den Händen der Leistungserbringer belassen. Zeiträume bis zum Beginn der Behandlung nach der Richtlinie sind an anderer Stelle bereits ausreichend beschrieben.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09			GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
	BAG KJPP	§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung; **Leistungserbringer** jedoch **ergänzt um §4 Absatz 1 Nummer 5 und 6 (PatV).**		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung**: Die genannte Ergänzung wird nicht vorgenommen, da die dort Genannten nicht Teil des patientenindividuellen Teams des KBV/DKG-Konzeptes sind.
			PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/30	DGPPS/DGSPJ	§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung, trotz anzunehmender bürokratischer Hürden.	Beschreibt das Vorgehen dennoch am besten.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 9 Absatz 1	PatV	Zustimmung	Ausreichend detaillierte Regelung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 9 Absatz 1	PatV	Die Formulierung: *„Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen*		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.“ ist in der Versorgungspraxis nicht realistisch umsetzbar.		
20	DVSG	§ 9 Absatz 1	PatV	Die Ausführungen sind folgerichtig auf weitere Berufsgruppen ausgeweitet und werden von der DVSG begrüßt.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 9 Absatz 1	PatV	Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Die Formulierung ist verständlicher und klarer im Vergleich zu den anderen Vorschlägen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
26	DGAP	§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zwei Vorgaben erscheinen nicht handlungsbezogen, …zum anderen, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin jeweils die Diagnose stellen sollte, auch nachdem ein/e psychologische/r Psychotherapeut bereits eine Diagnose gestellt hat.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung**: Die Regelung zielt auf den jeweiligen sozialgesetzlichen Rahmen: Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen führen die Eingangssprechstunde im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde durch.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
27	DGVT-BV	§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 9 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Stringent zu den vorherigen Ausführungen der PatV	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/05	BVDP/ BVDN	§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07/12	BJKPP/ SpiZ	§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Redundant, da dem Vorschlag von KBV/DKG zugestimmt wird.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Beschreibt regelhaftes Vorgehen und wird in §10 bereits erläutert.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 9 Absatz 2	PatV	Streichung	inhärent	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 9 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Betonung der gemeinsamen Entwicklung des Gesamtbehandlungsplans, die für das Gelingen der Behandlung essenziell ist	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 9 Absatz 2	PatV	Diese Ergänzung bringt ausdrücklich die Orientierung an der Lebenswelt der Person unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Erkrankung auf die Teilhabe zum Ausdruck und stützt darüber hinaus die berufsgruppenübergreifende Perspektive durch die Formulierung ‚*gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen*'.	Die Möglichkeiten, die Person mit dem Hilfe-/Unterstützungsbedarf in den Mittelpunkt zu rücken und explizit auch die Auswirkungen der Erkrankung zu benennen sowie die berufsgruppenübergreifende Perspektive zu stützen wird durch diesen Einschub aufgegriffen. Die erforderlichen Verbesserungen in der	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Personenzentrierung, Kooperation und Vernetzung können dadurch gestützt werden.	
27	DGVT-BV	§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Reduziert die Handlungsmöglichkeiten und Koordinationsleistungen des Bezugstherapeuten / der Bezugstherapeutin.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 9 Absatz 2	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Wichtig ist hier die Einbindung des Umfeldes des Patienten.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 9 Absatz 2 - 4	GKV-SV / KBV/DKG	Die BPtK befürwortet grundsätzlich den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 9 Absätze 2 bis 4.		**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Ausschluss einer parallelen Versorgung im Rahmen der

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Es sollte jedoch klargestellt bzw. geregelt werden, wie gemäß § 9 Absatz 2 die einzelnen nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen nach § 43a SGB V den Patient*innen auch bei der Versorgung nach dieser Richtlinie zur Verfügung stehen.		Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, die auch die nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen gemäß § 43a SGB V umfasst, wird vorgesehen, da beide Versorgungsangebote gewisse Überschneidungen bei den Koordinationsleistungen aufweisen. Da jedoch die Zielsetzungen und die Patientengruppen nicht gleichzusetzen sind, 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 abgesenkt werden könnten. **KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme **PatV**: Dank und Kenntnisnahme, PatV wird die Anregung prüfen
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07/12	BJKPP/SpiZ	§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
10/30	DGPPS/DGSPJ	§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	Erforderlichkeit und Unmittelbarkeit.	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Diese Formulierung lässt die Auswirkungen der Funktionsstörungen auf die Person und den Kontext außer Acht; die direkte Verknüpfung mit dem bio-psycho-sozialen Modell sollte an der Stelle eingebunden werden. Zudem ist eine Beschränkung auf das SGB V in der Richtlinie im Zusammenhang mit einem gewünscht breiteren übergreifenden Fokus kontraproduktiv.	Der Richtlinie sollte eher die umfassende rechtliche Regelung des SGB IX zur Teilhabeverwirklichung zum Tragen kommen und nicht die Begrenzung auf das SGB V. Das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell und die ICF stellen die Auswirkungen auf die Erkrankung in den Vordergrund und reduzieren sich nicht – wie in dieser Formulierung – auf die Diagnose.	**GKV-SV:** Der Hinweis der Stellungnehmer ist nicht nachvollziehbar. Vor dem Hintergrund des breiten und durch verschiedene Hilfe- und Unterstützungssysteme erbrachten Versorgungsangebots, das Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Verfügung steht, erscheint es sachgemäß darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht um ein grundsätzlich neues

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					„Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet“: Dies kann in vielen Situationen Vorteile für die Person mit sich bringen, wenn ein Hilfesystem ohne Verzögerung erschlossen wird. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass die weiteren Perspektiven im Sinne einer Gesamtplanung ebenfalls noch mit Zeitverzögerung eingeholt werden und relevant sind.	Versorgungsangebot handelt, sondern ergänzende Versorgungselemente vorgesehen werden, die die Versorgung schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher unterstützen sollen. Im Rahmen der Regelungen des G-BA kann darüber hinaus eine Sozialgesetzbuch-übergreifende Zusammenarbeit leider nicht verbindlich eingefordert werden, sondern lediglich ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur die Akteure gemäß § 91 Absatz 6 SGB V rechtlich binden, d. h. die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte sowie Leistungserbringenden des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit den Trägern anderer Sozialgesetzbücher ist daher nicht möglich.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						KBV/DKG: Dank und Kenntnisnahme. Die Regelungskompetenz erstreckt sich auf das V. Sozialgesetzbuch.
27	DGVT-BV	§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	Gewährleistet zeitnahe Behandlung	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Lfd. Nr.	Instit u-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 9 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP / SpiZ	§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 9 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 9 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	Berücksichtigung der Schnittstellen als Soll-Kriterium.	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung	Siehe allgemeine Vorbemerkungen	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	Dringend gebotene Ergänzung	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
15	bkj	§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 9 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Bei diesem Formulierungsvorschlag sind die **Bezugspersonen** zu **ergänzen**, damit die Patient*innen und die Bezugspersonen entsprechend über Hilfs- und Unterstützungsangebote SGB-übergreifend informiert werden.		**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Hilfen für relevante Bezugspersonen sind nicht auf das SGB V begrenzt.
		§ 9 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG	Die DVSG unterstützt den Formulierungsvorschlag und orientiert sich damit an der Person in ihrer Lebenswelt. Es ist wichtig, dass direkt zu Beginn die Patient*innen und Bezugspersonen gleichermaßen berücksichtigt werden und auf SGB-übergreifende Hilfen aufmerksam gemacht werden.	Die Einbindung der Bezugspersonen und der Patient*innen ermöglicht eine Angemessenheit, Akzeptanz und Wirkung des Unterstützungssystems mit Blick auf die individuellen Lebensumstände, die Ressourcen und Bedarfe.	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme **GKV-SV:** s. o.
24/ 35	SHV/ DVE	§ 9 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG	Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Es wird ausdrücklich begrüßt, dass dem sozialen Umfeld weitere Hilfsangebote gemacht werden. Die Information der Bezugspersonen von schwer	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					psychisch Erkrankten ist aus unserer Sicht essentiell. Die erfolgreiche Behandlung der Patient:innen hängt nicht unwesentlich davon ab, dass das soziale Umfeld informiert ist und Unterstützung erhält.	
27	DGVT-BV	§ 9 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	Größtmögliche Flexibilität	**GKV-SV/KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 9 Absatz 3	GKV-SV	(…) *sofern diese erforderlich sind [**und integrieren diese in den Gesamtbehandlungsplan***].	Wir begrüßen den Hinweis auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen auch außerhalb des SGB V. Diese Leistungen müssen in dem Gesamtbehandlungsplan mitgedacht mitbedacht werden, um kontraproduktives Wirken zu verhindern.	**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Ziel des Gesamtbehandlungsplans ist das Zusammenbringen der für die Patientin oder den Patienten erforderlichen verschiedenen Versorgungsmaßnahmen. Die relevanten Bezugspersonen können bei Bedarf in die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans einbezogen werden, die Aufnahme und darauf basierende Nachhaltung erforderlicher Behandlungsmaßnahmen für relevante Bezugspersonen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						erscheint nicht sachgemäß; sofern Krankenbehandlungsmaßnah-men für Bezugspersonen notwendig sind, erfordert dies eine eigene Behandlung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Im Wesentlichen inhaltsgleich mit PatV	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 9 Absatz 3	PatV	Zustimmung, keine Änderung	Im Wesentlichen Inhaltsgleich mit KBV/DKG	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
06	DFT	§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Grundsätzlich stellt sich zu allen 3 Positionen (GKV-SV; KBV, DKG; PatV) die Frage, wie Kinder und Jugendliche, die Leistungen nach der Sozialpsychiatrievereinbarung benötigen diese auch erhalten können.	Es wird Patienten geben, die aus beiden Richtlinien Leistungen benötigen. Außerdem arbeiten viele Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen in und mit dieser Vereinbarung, so dass hier die psychiatrisch evt. Notwendige Mitbehandlung erschwert werden könnte.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Regelungen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) weisen zwar gewisse Überschneidungen bei den Koordinationsleistungen auf, die Zielsetzungen und die Patientengruppen der SPV und der Versorgung nach dieser Richtlinie sind jedoch nicht gleichzusetzen. Bei einer gleichzeitigen Behandlung der Kinder und Jugendlichen steht daher zu befürchten, dass die Wirksamkeit des jeweiligen Behandlungsansatzes durch eine

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Vermischung der strukturierenden Elemente sowie der Zielsetzung der jeweiligen Versorgung abgesenkt wird. Es obliegt daher der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer zu prüfen, welcher Behandlungsansatz für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten sinnvoll sein kann. **KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung KBV/DKG**: Im Sinne eines gestuften Versorgungsangebotes, geht der Entwurf von KBV/DKG davon aus, dass Leistungen nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für weniger schwer Erkrankte in Fragen kommen; insofern schließen die beiden Versorgungsbereiche an einander an. **PatV**: Dank und Kenntnisnahme, aber mit Fragen zur Begründung

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07/ 12	BJKPP / SpiZ	§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Klare Vorgabe der Ausschlüsse. Anzeige bei der Krankenkasse ist ein nicht erforderlicher bürokratischer Aufwand. Es lässt sich über die GOP im Rahmen der KVÜberprüfungsroutinen im Rahmen der Quartalsabrechnung sehr leicht prüfen, ob parallel behandelt wurde und entsprechende Behandlungsziffern können ggf. gestrichen werden.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung**: siehe Anmerkung zu lfd. Nr. 06
		§ 9 Absatz 3	PatV	Enthaltung	Im Wesentlichen inhaltsgleich mit KBV/DKG	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Es muss jedoch beachtet werden, dass ein Leistungserbringer, der in einer PIA angestellt ist, an dem Verbundnetz nicht	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					teilnehmen wird, wenn die Leistungsvergütung nach KSV-RL unterhalb der PIA-Vergütung liegt. Dann wird das psychiatrische Krankenhaus, an dem der Leistungserbringer angestellt ist, seinem Mitarbeitenden die Einschreibung in das Verbundnetz nicht genehmigen. Somit wären wesentliche Ziele der RL gefährdet.	
		§ 9 Absatz 3	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Streichung und ggf. Überarbeitung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.	Eine „parallele“ Behandlung widerspricht der Richtlinienlogik, die eine komplexe Kooperation von Leistungserbringenden einfordert.	**GKV-SV:** Die Anregung der Stellungnehmer ist nicht nachvollziehbar. Eine parallele Behandlung stellt die Idee der Versorgung nach dieser Richtlinie – nämlich einer strukturierten und koordinierten Versorgung – in Frage, da die Leistungen mehrfach erbracht

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						werden und nicht mehr ineinandergreifen. Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist als Anlage 11 Teil des Bundesmantelvertrages Ärzte und ist damit nicht Regelungsaufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses.
		§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Streichung und ggf. Überarbeitung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.	Eine „parallele“ Behandlung widerspricht der Richtlinienlogik, die eine komplexe Kooperation von Leistungserbringenden einfordert.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 9 Absatz 3	PatV	Streichung und ggf. Überarbeitung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.	Eine „parallele“ Behandlung widerspricht der Richtlinienlogik, die eine komplexe Kooperation von Leistungserbringenden einfordert.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, aber mit Fragen zur Stellungnahme und zur Begründung
15	bkj	§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
20	DVSG	§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Für die DVSG ist dieser Satz ohne Bezugsrahmen nicht verständlich: Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Würde dies implizieren, dass z. B. eine medizinische Behandlung und psychosoziale Intervention sich gleichzeitig ausschließen? Dies wird einer Person mit einem komplexen Hilfebedarf nicht gerecht und blockiert einen berufsgruppen und SGB-übergreifenden Ansatz. Beim Ausschluss der gleichzeitigen Inanspruchnahme dieser beiden Leistungen (nach dieser Richtlinie und nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) ist sicherzustellen, dass durch diese Formulierung keine Versorgungslücke entsteht.		**GKV-SV:** Die Stellungnahme ist unklar; Bezugsrahmen der hier geregelten Versorgung sind die Vorgaben dieser Richtlinie. In § 9 Absatz 4 wird die parallele Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie geregelt; davon kann beispielsweise die doppelte Verordnung des gleichen Heilmittels oder die doppelte Patientenaufnahme mit entsprechender Erstellung des Gesamtbehandlungsplans durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer umfasst sein.
		§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Beim Ausschluss der gleichzeitigen Inanspruchnahme dieser beiden Leistungen (nach dieser Richtlinie und nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) ist sicherzustellen, dass durch diese Formulierung keine Versorgungslücke entsteht.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 9 Absatz 3	PatV	Für die DVSG ist dieser Satz ohne Bezugsrahmen nicht verständlich: Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Würde dies implizieren, dass z. B. eine medizinische Behandlung und psychosoziale Intervention sich gleichzeitig ausschließen? Dies wir einer Person mit einem komplexen Hilfebedarf nicht gerecht und blockiert einen berufsgruppen und SGB-übergreifenden Ansatz. Empfehlung, diesen ersten Satz zu streichen. ***Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen.*** Beim Ausschluss der gleichzeitigen Inanspruchnahme dieser beiden Leistungen (nach dieser Richtlinie und nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) ist sicherzustellen, dass durch diese Formulierung keine Versorgungslücke entsteht.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, die PatV wird die Formulierung noch einmal überprüfen.
21	bvvp	§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Die Bestimmung nach Absatz 4 Satz 1, nach der eine parallele Behandlung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. Der Hinweis zur Uneindeutigkeit wird geprüft.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				ist, ist uneindeutig und sollte durch das **Einfügen** des Wortes „***weiteren***“ zwischen den Worten „einem“ und „patientenindividuellen Team“ präzisiert werden. Außerdem wird als kritisch gesehen, dass Praxen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung versorgen, ihre gut etablierten praxisinternen sozialpsychiatrischen Versorgungsangebote nicht neben einer Versorgung nach dieser Richtlinie zum Einsatz bringen können. Die Sozialpsychiatrie-vereinbarung schafft die Voraussetzungen für eine berufsgruppenübergreifende intramurale Behandlung in der Praxis. Diese Richtlinie eröffnet die Chance für eine extramurale Kooperation der genannten Berufsgruppen. Beides sollte sich nicht wechselseitig ausschließen, sondern insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche synergistisch genutzt werden.		Der Ausschluss einer parallelen Versorgung bezieht sich auf den Patienten oder die Patientin; der oder die nicht parallel nach der Richtlinie und der SPV behandelt wird. Eine Beschränkung des Behandlungsangebotes der Praxis ist aus unserer Sicht nicht damit verbunden.
27	DBVT-BV	§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
28	bapk	§ 9 Absatz 3	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Die Formulierung ist ausreichend klar.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 9 Absatz 4		Streichung	Diese beiden Versorgungsformen schließen sich laut der Beschlussentwürfe aus. Dies erfordert ein sehr gutes Kooperationsverhältnis zwischen den Leistungserbringern, damit notwendige, flexible Hilfen nicht aufgrund monetärer oder konkurrierender Dynamiken verhindert werden. Dies gilt es zu verhindern.	**GKV-SV:** Die Anregung der Stellungnehmer ist nicht nachvollziehbar. Eine parallele Behandlung stellt die Idee der Versorgung nach dieser Richtlinie – nämlich einer strukturierten und koordinierten Versorgung – in Frage, da die Leistungen mehrfach erbracht werden und nicht mehr ineinandergreifen. Die Regelungen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) weisen zwar gewisse Überschneidungen bei den Koordinationsleistungen auf, die Zielsetzungen und die Patientengruppen der SPV und der Versorgung nach dieser Richtlinie sind jedoch nicht gleichzusetzen. Bei einer gleichzeitigen Behandlung der Kinder und Jugendlichen steht daher zu befürchten, dass die Wirksamkeit des jeweiligen Behandlungsansatzes durch eine

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Vermischung der strukturierenden Elemente sowie der Zielsetzung der jeweiligen Versorgung abgesenkt wird. Es obliegt daher der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer zu prüfen, welcher Behandlungsansatz für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten sinnvoll sein kann. **KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.		
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 10 Absatz 1	PatV	Änderungsvorschlag ausgehend vom Regelungsvorschlag der PatV zu § 10 Absatz 1: (1) *„Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung und bei Bedarf einer Fallbesprechung* ***im patientenindividuellen Team gemäß § 4 Absatz 3*** *wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugs-psychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.“*	Für die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans sollte als Grundlage nicht nur auf die Ergebnisse der differenzialdiagnostischen Abklärung, sondern bei Bedarf auch auf die Er-gebnisse einer ersten Fallbesprechung im patientenindividuellen Team gemäß § 4 Ab-satz 3 abgestellt werden, welches über das fachliche Vier-Augen-Prinzip eine qualitativ hochwertige und differenzierte Gesamtbehandlungsplan sicherstellen kann.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, die PatV wird die Anregung prüfen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Redundante Stellen in den eckigen Klammern	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, zu beschreiben, wie Diagnostik oder Behandlungsplan fachlich zu machen sind (Prozessbeschreibung). Der Einbezug der nicht-ärztlichen koordinierenden Person muss an dieser Stelle logisch abgelehnt werden, da die Version von KBV/DKG unterstützt wird, die ein anderes Netzkonzept vorsieht.	**GKV-SV:** Die Begründung der Stellungnehmer ist nicht nachvollziehbar, da keineswegs eine Prozessbeschreibung erfolgt. Analog des Regelungstextes von KBV, DKG und PatV wird geregelt, auf welcher Grundlage der Gesamtbehandlungsplan erstellt wird und, dass dies in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten sowie den sorgeberechtigten Personen und bei Bedarf mit den relevanten Bezugspersonen geschieht. Eine Beschreibung der Inhalte folgt in Absatz 2.
			KBV/DKG	Zustimmung	Version KBV/DKG beschreibt die Inhalte des	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Behandlungsplans (Ergebnisbeschreibung). Als Grundlage für die Behandlung von höherer Qualität als eine Prozessbeschreibung.	
			PatV	Enthaltung	Redundant	
09	BAG KJPP	§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	**Zustimmung** Ergänzung: …*in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten* ***und den sorgeberechtigen Personen*** *ein patientenindividueller***…**		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme **Anmerkung**: Die Einbeziehung der sorgeberechtigten Personen wird durch § 8 Abs. 3 abgedeckt.
			PatV	Ablehnung	Ad hoc Team ist bei Kindern/Jugendlichen nicht erforderlich und nicht zielführend (zugleich haben die Betroffenen über SGB VIII auch einen Verfahrenslotsen der Jugendhilfe, das ist überbordend, wenn es zu viele Ansprechpartner und Zuständige gibt)	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, die Ausführungen sind jedoch nicht nachvollziehbar, denn Akteure aus dem Leistungsbereich des SGB VIII sollen ja nach den Vorstellungen der PatV ausdrücklich Berücksichtigung finden – dies bezieht sich im Entwurf der PatV insbesondere auch auf die ggf. bereits vorhandene Koordination von

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Leistungserbringern aus anderen Sozialgesetzbüchern.
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung mit der ***Ergänzung „unter Einbezug der Sorgeberechtigten und anderer relevanter Personen aus dem sozialen Umfeld…“***	Erneut: es geht um Kinder und Jugendliche, die in der Regel in Familien eingebunden sind. Deren Einbezug ist für den Behandlungserfolg oft essentiell.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung**: siehe lfd. Nr. 09; die bedarfsweise Einbeziehung von Bezugspersonen ist im Abs. formuliert.
11	BDP	§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung	Klarste und eindeutigste Formulierung der Zuständigkeiten.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung zum Hinweis auf LE gemäß § 4 Abs, 3 sowie auf relevante private Bezugspersonen	Beide Gruppen sind für die Passgenauigkeit und en Erfolg der Maßnahmen nach dieser Richtlinie relevant.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung zum Hinweis auf somatische Komorbiditäten	Hinweis erforderlich, da dieser Aspekt oft vernachlässigt wird	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Zustimmung zu den Formulierungen im ersten Kasten	Einbeziehung von Angehörigen ist von großer Bedeutung; adhoc-Team wird begrüßt, oben mehrfach begründet	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj		GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Dieser Zusatz ermöglicht es, den Blick übergreifend aufzustellen und stützt die umfassende Perspektive.	Die explizite Berücksichtigung von Komorbiditäten ist zu unterstützen.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Die DVSG unterstützt diesen Formulierungsvorschlag.	Mit dieser Formulierung wird die Berücksichtigung des sozialen Umfelds und der individuelle Bedarf auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells unterstützt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Die Formulierung „Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen“ erfasst den Sinn dieser Versorgungsform und ist deshalb als Einleitung für den §10 sehr gut geeignet. „Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					(…)“ weist darauf hin, dass sich auch aus vorhergehenden therapeutischen Maßnahmen wertvolle Hinweise für den Behandlungsplan ergeben können.	
27	DGVT-BV	§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Möglichkeit des Einbezugs von Vorbefunden wird ausdrücklich begrüßt.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 10 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der Text ist ausreichend präzise und baut auf das fachliche Wissen der beteiligten Personen auf.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 10 Absatz 1 und 3	KBV/DKG	Zustimmung	Analog zu der Erläuterung in §1 Absatz 2 Nummer 1, 2 und 6 und den in dieser Stellungnahme vorgeschlagenen ergänzten Zielen sind relevante Bezugspersonen dauerhaft an dem Gesamtbehandlungsplan zu beteiligen und in diesen zu integrieren	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt), 4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 10 Absatz 2		PatV	Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der PatV zu § 10 Absatz 2.	Der Vorschlag führt die wesentlichen Inhalte des Gesamtbehandlungsplans in übersichtlicher Form in einem eigenen Absatz zusammen. Die klare Gliederung der Inhalte des Gesamtbehandlungsplans kann dabei die Umsetzung durch Bezugsärzt*innen und -psycho-therapeut*innen anleiten und adressiert dabei systematisch auch die Schnittstellen zu Leistungen aus anderen SGB.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			Num mer 1-5	PatV	Ablehnung	Zu kleinteilige Beschreibung des Sachverhaltes.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				KBV/DKG	Zustimmung	Prägnante Beschreibung des Sachverhaltes, lässt ggf. auch eine Überprüfung gut zu.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			Nr. 1-5	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
				PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung; Eltern / Sorgeberechtigte sollten konkret benannt sein	Siehe oben	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Entbürokratisierung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
14	DVGP	§ 10 Absatz 2		PatV	Zustimmung zum ganzen Text, insbesondere zu Nr. 4	Im Vergleich zu den anderen Vorschlägen am konkretesten; zu Nr. 4 siehe mehrfache Begründungen zu Beginn und bei anderen Einzelvorschriften	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
				KBV/DKG	Zustimmung	Konsistent im Zusammenhang	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 10 Absatz 2		PatV	Eine differenzierte Darstellung der Inhalte des Gesamtbehandlungsplans durch die PatV wird unterstützt.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 10 Absatz 2		PatV	Diese Formulierung (insbesondere in Nummer 1) greift die Chance zur Zielformulierung für Interventionen für den/die Patient*in sowie beteiligte Akteur*innen auf; dies entspricht der Intention des Gesamtbehandlungsplans mit	Berufsgruppen, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifen de Kooperation mit einer besseren Versorgungsqualität wird durch die gleichrangige Benennung und Einbeziehung der zu beteiligenden Akteur*innen gestärkt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					der gleichwertigen Einbeziehung der Perspektiven weiterer Leistungserbringer*innen. Die Formulierung in Ziffer 5 stärkt die verbindliche Benennung einer verantwortlichen Stelle, dies trägt zur Klarheit bei.		
24/ 35	SHV/ DVE	§ 10 Absatz 2	kom plett	PatV	Diesem Vorschlag wird zugestimmt.	Die Version als Aufzählung der PatV ist insgesamt klarer und lesefreundlicher.	**PatV:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 10 Absatz 2		PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Hier sind Punkte zum Gesamtbehandlungsplan aufgeführt, die es schon in anderen SGB's gibt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 10 Absatz 2	*4*	PatV	*Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen*	Analog zu der Erläuterung in §1 Absatz 2 Nummer 1, 2 und 6 und den in dieser Stellungnahme vorgeschlagenen ergänzten	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					*[**auch für relevante Bezugspersonen**]*	Zielen sind relevante Bezugspersonen dauerhaft an dem Gesamtbehandlungsplan zu beteiligen und in diesen zu integrieren.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07/12	BJKPP/ SpiZ	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/30	DGPPS/ DGSPJ	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	*Zustimmung mit folgender **Ergänzung**:* *„Er beinhaltet **die Wünsche der Patientin bzw. des Patienten sowie der Bezugspersonen zur Krisenintervention,** konkrete Maßnahmen …“*	Nach unserer Erfahrung sollten die Wünsche der Betroffenen zum Umgng mit Krisen explizit erfragt und an den Anfang jedes Kriseninterventionsplans gestellt werden.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme. Die Anregung ist von der bestehenden Formulierung umfasst.
15	bkj	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
27	DGVT-BV	§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Ausdrückliche Zustimmung	Stellt Behandlungskontinuität sicher	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	Kontinuierliche Anpassung des Behandlungsplans ist wichtig für die stete Anpassung der Hilfe und den Behandlungserfolg	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Beide Ergänzungen sind entbehrlich, da bereits durch den Wortlaut oder an anderer Stelle genannt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 10 Absatz 4	PatV	Zustimmung	Richtlinienlogik	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
15	bkj	§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Dem Vorschlag wird zugestimmt. *„Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst*“	Der Einbezug der Betroffenen ist unabdingbar für eine gelingende Umsetzung des Behandlungsplans.	**KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Dem Vorschlag wird zugestimmt. *„Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.*“	Die erfolgreiche Behandlung der Patient:innen hängt nicht unwesentlich davon ab, dass das soziale Umfeld informiert ist und die Patient:innen unterstützt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Trägt dem dynamischen Behandlungsgeschehen Rechnung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 10 Absatz 4	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Die relevanten Bezugspersonen sind immer einzubeziehen!	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 11 insgesamt	Alle, insb. KBV/DKG	Vor dem Hintergrund der in § 7 differenzierten Darstellung der Koordinationsaufgaben erscheint eine Ausdifferenzierung von Koordinationsleistungen und Vernetzungsaufgaben redundant. Die BPtK befürwortet daher den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 11.		**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Das Konzept der GKV sieht eine nichtärztliche koordinierende Person vor, so dass eine getrennte Beschreibung der Aufgaben für die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten in § 5 Absatz 4 und für die nichtärztliche koordinierende Person in § 11 erfolgt. **KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 11 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 1	PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Das Netzkonzept des GKV-SV wird abgelehnt. Die obligate nichtärztliche koordinierende Person stellt eine zusätzliche neue, oft nicht einmal erforderliche Schnittstelle dar. Koordination im Sinne dieser Richtlinie ist mehr als reine Terminkoordination o.ä. Inhaltliche Gesichtspunkte sind oft entscheidend und können nur vom approbierten und verantwortlichen Therapeuten im Kooperationskontakt entschieden werden. Dass dabei unterstützende Tätigkeiten durch nicht approbierte koordinierende Personen übernommen werden können, ist im Vorschlag der KBV gut abgebildet. Es darf angenommen werden, dass jeder Leistungserbringer ein Interesse daran hat, Leistungen, die inhaltlich und rechtlich delegierbar sind, auch	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Im Konzept der GKV wird unterschieden zwischen der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten, die oder der für das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote verantwortlich ist, und einer nichtärztlichen Koordination, die eine persönliche Kontinuität auch über die verschiedenen Leistungen hinweg sicherstellen soll. Die mit der Koordinationsfunktion verbunden zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Vermittlung von Behandlungsterminen oder die Vernetzung der verschiedenen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					zu delegieren. Die Version des GKV-SV möchte hier an der falschen Stelle entlasten.	Leistungserbringenden sollen nicht von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten, sondern der nichtärztlichen koordinierenden Person erbracht werden.
			KBV/DKG	Zustimmung	Die Koordinationsleistung für die hier zu regelnden Behandlungsfälle geht in der Regel über eine reine Terminvereinbarung o.ä. hinaus. Sie ist Teil der Absprachen zur Gesamtplanung. Eine nichtärztliche koordinierende Person kann unterstützen. Wenn sie obligat wird, behindert sie die Koordination. Siehe dazu auch oben.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	s.o.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	Bereits mehrfach in der Stellungnahme ausgeführt	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10/30	DGPPS/DGSPJ	§ 11 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Siehe oben	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung	Bisherige Richtlinienlogik	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Wir lehnen dies ab. Es erschließt sich nicht, warum die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans durch koordinierende nichtärztliche Personen gemäß § 6 erfolgen sollte. Dies kann allenfalls unterstützend erfolgen, sollte aber nicht in alleiniger Verantwortung stattfinden.		**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 07/12
			KBV/DKG	Wir stimmen zu, dass die Koordination bei der Bezugsärztin/Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut liegen sollte und durch nichtärztliche Person gemäß § 6 unterstützt werden können.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
14	DVGP	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Festlegung auf nicht-ärztliche Bezugsperson gemäß § 6; Begründung siehe mehrfach weiter oben; sachgerecht ist aus unserer Sicht die Verantwortung der Bezugsärzt:in/-psychotherapeut:in, die sich ggf. eine solche Bezugsperson einbeziehen kann	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 07/12
			KBV/DKG	Ablehnung	Nicht ausreichend substantiiert, auch im Folgenden nicht (Abs. 2 der übrigen Bänke)	**KBV/DKG**: Kenntnisnahme
		Nr. 1	PatV	*Zustimmung mit folgender **Ergänzung** zu Nr. 1:* *… nach dieser Richtlinie **oder anderen Vorschriften** beteiligten …*	Einbeziehung aller fallbezogenen Leistungserbringer ist leitliniengerecht, s. o.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, die PatV wird prüfen, ob die Anregung nicht durch die Formulierungen in Nr. 2 schon enthalten ist.
15	bkj	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Ablehnung		**KBV/DKG**: Kenntnisnahme
			PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 11 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Die Entscheidung über der Unterstützung bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7	**GKV-SV:** Kenntnisnahme **KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Absatz 2 durch einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 sollte unbedingt durch die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut individuelle und je nach Behandlungsverlauf entschieden werden. So kann die „Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes“ (§ 7 Abs. 2 Nr. 4 a) für sozial ängstliche Patient*innen einen übenden Charakter haben. In diesem Fall ist eine qualifiziert therapeutisch begleitete Terminvereinbarung Teil der Behandlung. Das „Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld“ (§ 7 Abs. 2, Nr. 4 b), kann wichtige diagnostische Hinweise liefern oder das Vertrauen und die Compliance für die weitere Versorgung nach dieser Richtlinie	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					erheblich fördern- soweit sie von der Bezugsbehandlerin /dem Bezugsbehandler als psychotherapeutische Maßnahme im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes durchgeführt wird. Auch „das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten so wie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen“ (§ 7 Abs. 2, Nr. 4 c) stellt in der Regel eine psychotherapeutisch anspruchsvolle Tätigkeit dar, die mit entsprechender Qualifikation Teil der Psychotherapie ist. Es handelt sich, bei den in § 7 Abs. 2, Nr. 4 beschriebenen Koordinierungsaufgaben je nach Einzelfall nicht immer um administrative oder delegierbare Leistungen sondern häufig um psychotherapeutische Leistungen- dieses zu entscheiden ist Aufgabe der Beszugsbehandler*innen.	
18	DGPM	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Die Formulierung der GKV-SV wird unterstützt.		**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
20	DVSG	§ 11 Absatz 1	PatV	Die DVSG unterstützt diese Formulierung, in der eine detaillierte Aufstellung der weiteren Leistungserbringer*innen erfolgt und die gemeinsame Verantwortung für eine Zusammenarbeit und interdisziplinäre Perspektive gestützt wird.	Mit der Formulierung wird die sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Kooperation gestärkt und die Chance und Erforderlichkeit der bio-psycho-sozialen Perspektive gestützt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 11 Absatz 1	GKV-SV	Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Die Beschreibung der koordinativen Aufgaben ist zutreffend.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 1	PatV	Dieser Vorschlag wird abgelehnt.	Dieser Absatz ist aus unserer Sicht eine Doppelung mit den Beschreibungen in § 7.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme; die PatV wird Doppelungen prüfen.
27	DGVT-BV	§ 11 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			GKV-SV		Engführung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			PatV		Engführung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 11 Absatz 1	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Hier wird die Kooperation konkretisiert.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
33	DGSF + SG	§ 11 Absatz 1 Nummer 3	PatV	*3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten [**deren relevante Bezugspersonen]** beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen [**und fallübergreifenden**] Fallbesprechungen und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens*	siehe §1 Absatz 2 Nummer 1und §1 Absatz 2 Nummer 6 in dieser Stellungnahme	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme; die PatV wird die Anregung prüfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen		Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 2	Nr. 2	PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 2	Nr. 6	PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 4		GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 7		GKV-SV	Ablehnung	redundant	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 11 Absatz 2-7		GKV-SV	Ablehnung	Netzkonzept von KBV/DKG wird unterstützt.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Netzkonzept von KBV/DKG wird unterstützt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	s.o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 2	Nr. 2	PatV	Ablehnung	s.o.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 11 Absatz 2	Nr. 5	PatV	Ablehnung	s.o.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 4		GKV-SV	Ablehnung	s.o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 7		GKV-SV	Ablehnung	s.o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
11	BDP	§ 11 Absatz 2-7		GKV-SV	Zustimmung	Bisherige Richtlinienlogik sowie klare Zuordnung der Verantwortung.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 11 Absatz 2		PatV	Wir stimmen zu, dass die Koordination bei der Bezugsärztin/Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut liegen sollte und durch nicht-ärztliche Person gemäß § 6 unterstützt werden können.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung der Fokussierung auf die nichtärztliche koordinieren-de Bezugsperson	s. o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Im Konzept der GKV wird unterschieden zwischen der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten, die oder der für das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote verantwortlich ist, und einer nichtärztlichen Koordination, die eine persönliche Kontinuität auch über die verschiedenen Leistungen hinweg sicherstellen soll. Die mit der Koordinationsfunktion verbunden zeitaufwändigen Tätigkeiten wie beispielsweise die Vermittlung von Behandlungsterminen oder die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringenden sollen nicht von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten, sondern der nichtärztlichen koordinierenden Person erbracht werden.
15	bkj	§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 11 Absatz 2	Nr. 2	PatV	Ablehnung	Unnötig kompliziert	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 2	Nr. 6	PatV	Ablehnung	Unnötig kompliziert	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 4		GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 7		GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 11 Absatz 2		PatV	Die detaillierte Aufzählung stärkt insgesamt die Partizipation und Kooperation.	Bei der Verwendung dieser Formulierung ist sicherzustellen, dass im Falle der Koordinationsverantwortung durch nicht-ärztliche Personen eine genauso umfassende Aufgabenwahrnehmung erfolgt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
24/ 35	SHV/ DVE	§ 11 Absatz 2	kompl ett	PatV	Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Die Aufzählung ist übersichtlich und lesefreundlicher als die anderen Vorschläge.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
27	DGVT-BV	§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Einengung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV	Ablehnung	Einengung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV	Ablehnung	Einengung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV	Ablehnung	Einengung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV	Ablehnung	Einengung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
28	bapk	§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr. 2)*	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Hier wird aus Sicht der PatV die Kooperation erklärt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 11 Absatz 2	Nr. 3	PatV	*die Organisation regelmäßiger patientenorientierter [**familienorientierter**] Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4,*	siehe § 1 Absatz 2 Nummer 1 und § 1 Absatz 2 Nummer 1 & 2 in dieser Stellungnahme	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
			Nr. 4	PatV	(..) *Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten, [**sowie den**	siehe § 1 Absatz 2 Nummer 1 und § 1 Absatz 2 Nummer 1 & 2 in dieser Stellungnahme	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Ggf. Num mer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					relevanten Bezugspersonen*] bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen*		

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 12	KBV/DKG /PatV	Zustimmung		**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 12	KBV/DKG /PatV	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Videosprechstunden und Videofallbesprechungen stellen einen wesentlichen Faktor dafür dar, dass Versorgungsleistungen und multiprofessionelle Abstimmungs- und Koordinationsprozesse in der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen einschließlich der Abstimmung mit Leistungserbringer*innen und Einrichtungen jenseits des SGB V effizient erbracht werden können. Die BPtK befürwortet daher den Regelungsvorschlag der KBV, DKG und PatV zu § 12.	Der Regelungsvorschlag von KBV, DKG und PatV ist weitergehend und damit besser in der Lage, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen telemedizinischen Leistungen umfassend abzubilden.	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
03	BfDI	§ 12	KBV/DKG /PatV	Ich begrüße, dass der Richtlinienentwurf …durch die Bezugnahme in § 12 auf den BMV-Ä im Kontext der Telemedizin datenschutzrechtliche Spezifika explizit aufgreift.		**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 12	GKV-SV	Ablehnung	Es fehlt hier die Möglichkeit der Fallbesprechungen per Video	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. In den Tragenden Gründen zu § 7 Absatz 2 Nummer 4 wird auch auf die Möglichkeit der Durchführung von Fallbesprechungen in Form von Videokonsultationen hingewiesen.
		§ 12	KBV/DKG /PatV	Zustimmung, keine Änderung	Unterschiede nur redaktionell	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 12	GKV-SV	Ablehnung	Unklare Bedingungen des Einsatzes telemedizinischer Anwendungen	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Ausführung der Stellungnehmer ist nicht nachvollziehbar, da die Regelungen des SGB V für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien beispielsweise in Form von Videosprechstunden gelten.
			KBV/DKG / PatV	Zustimmung	Klare Festlegung bestehender Möglichkeiten, Positionen der PatV entbehrlich, ohne den Sinn des Ganzen zu verändern	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09		§ 12	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
	BAG KJPP		KBV/DKG / PatV	Zustimmung des KBV / DKG Vorschlags Ablehnung Vorschlag PatV	Vorschlag PatV ist redundant.	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 12	GKV-SV	Zustimmung	Völlig ausreichende Formulierung, die das Wesentliche erfasst	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 12	GKV-SV	Zustimmung; ggf. Anpassung der Regelungen zur Leistungserbringung gemäß SGB V.	Hinreichend knappe Beschreibung der Option, i.S.e. Kann-Regelung.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 12	KBV/DKG / PatV	Wir stimmen zu, dass telemedizinische Angebote bei Bedarf eingesetzt werden können.		**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 12	GKV-SV	Zustimmung	Ausreichende Regelung	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 12	GKV-SV	Zustimmung	Einfachste Formulierung	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG / PatV	Ablehnung		**KBV/DKG/PatV**: Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 12	KBV/DKG / PatV	Zustimmung.	Die konkreten Hinweise zum Einsatz von Telemedizin insbesondere in der Kommunikation der	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					beteiligten Leistungserbringer stellen wichtige Hinweise zur Umsetzung der Versorgung nach dieser Richtlinie dar. Der Bezug zum BMV ist folgerichtig, da hier die qualitativen Anforderungen beschrieben sind.	
18	DGPM	§ 12	GKV-SV	Die Formulierung des GKV-SV wird unterstützt.		
24/ 35	SHV/ DVE	§ 12	KBV/DKG / PatV	Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Die Beschreibung ist umfassender als der Vorschlag des GKV-SV. Die Hinweise auf die Leistungserbringenden helfen diesen beim Verständnis dieses Kapitels.	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 12	GKV-SV	Ablehnung	Zu wenig spezifisch	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 12	KBV/DKG / PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der BApK unterstützt diesen Paragraphen nur, weil er explizit die Schnittstelle zu den anderen	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Leistungserbringern aufführt.	
34	UBSKM	§ 12	KBV/DKG / PatV	UBSKM stimmt dem Vorschlag der PatV zu	Um den Zugang zur Versorgung kind- und jugendgerecht zu gestalten, muss eine ergänzende Kommunikation und Versorgung mittels digitaler Medien möglich sein.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10/30	DGPPS/DGSPJ	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung mit der Ergänzung: Bei den nach § 8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern muss **ergänzt** werden ***„und mit einer psychosomatischen Einrichtung und psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche.“***	Die Behandlung von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen findet auch in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin mit psychosomatischen Abteilungen / Stationen und einem psychosozialen Dienst. Es gibt in Deutschland über 80 pädiatrische Kliniken mit psychosomatischen Abteilungen /Stationen (Stand 2019)! Gerade bei Patienten mit ausgeprägter somatischer Komorbidität (beispielsweise Patientinnen mit Anorexia nervosa oder chronischen somatischen Erkrankungen) spielt die Pädiatrie eine wichtige Rolle in der Versorgung.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die im Regelungstext vorgenommene Spezifizierung der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser wird als ausreichend angesehen.
11	BDP	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Ausdrückliche Zustimmung	Die bisherige Praxis zeigt nach unserer Erfahrung, dass eine solche detaillierte Festlegung	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					der Prozeduren des Entlassmanagements sinnvoll ist.	
15	bkj	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Ausdrückliche Zustimmung	Überfällige Regelung	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	*gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle [**und familienorientierte**] Bedarf für die Anschlussversorgung*	siehe § 1 Absatz 2 Nummer 1 in dieser Stellungnahme	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Regelungstext sieht die Durchführung eines geeigneten Assessments im Rahmen des Entlassmanagements vor und verweist dabei auf § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V, daher orientiert sich die Formulierung an den Regelungen des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V. Die Wichtigkeit des Familiensystems bei der Versorgung psychisch erkrankter

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Kinder und Jugendlicher wird ausdrücklich geteilt, Kinder und Jugendliche wachsen jedoch nicht ausschließlich in einem Familiensystem auf.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	redundant	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Unklare Regelung mit unklarer Abgrenzung der Aufgaben der Beteiligten	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Die Formulierung ist unklar. Ausgehend davon, dass gemeint ist, PIA-Behandlung soll am Sektorenübergang gleichzeitig zur Krankenhausbehandlung möglich sein, so müsste das auch für die anderen Leistungserbringer nach §4 Absatz 2 möglich sein. (siehe auch Kommentierung zu §8 Absatz 4 (KBV/DKG).	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 13 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Sicherstellung der Versorgung, i.S.e. Gewährleistung durch „parallele“ Versorgungsstrukturen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 13 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Zur Vermeidung von Versorgungslücken sicher vielfach erforderlich	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	unnötig	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
18	DGPM	§ 13 Absatz 2	PatV	Notwendige Ergänzung, dass die PIA dem Netzwerk angehört.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 13 Absatz 2	PatV	Die DVSG unterstützt diese Formulierung, um ausdrücklich Nahtlosigkeit in der Behandlung zu fördern und bedarfsbezogen und individuell Interventionen zu ermöglichen.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 13 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Längst überfällige Regelung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 13 Absatz 2	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Hier geht es erneut um die Behandlungskontinuität, die gerade bei KiJu eine herausragende Stellung einnimmt, da Vertrauen nicht beliebig häufig aufgebaut werden kann.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, Entlassdatum kann sich auch kurzfristig ändern	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Stellungnahme ist nicht nachvollziehbar, da das Datum der Entlassung nicht von der die Koordination übernehmenden Person abhängig ist.
		§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, Entlassdatum kann sich auch kurzfristig ändern	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme, allerdings hat die PatV aus diesem Grund die Formulierung „zeitnah“ gewählt und keine Tageszahl angegeben. Insofern ist die Zustimmung zur Position der KBV/DKG mit der angegebenen Begründung nur bedingt nachvollziehbar.
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 13 Absatz 2	Gemein-same Pos. GKV-SV, KBV/DKG , PatV	Zustimmung zu Satz 1		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Abweichendes Netzkonzept des GKV-SV. Unterstützt wird das Konzept von KBV/DKG	**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Logisch konsistent zum Konzept von GKV/DKG. Geringstmöglicher bürokratischer Aufwand.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Abweichendes Netzkonzept. KBV/DKG sieht keine obligate nicht-ärztliche koordinierende Person vor.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Zeitnah ist nicht konkret genug	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 13 Absatz 3	PatV	Zustimmung, da umfassender		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Zustimmung	Hinreichende Formulierung entsprechend der bisherigen Richtlinienlogik.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
13	VDAB	§ 13 Absatz 3	PatV	Wir stimmen zu, dass auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren ist, sollte sie an der Koordination beteiligt sein.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	s. o.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 13 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Bezugsärzt:in/-PT ist primäre Anlaufstelle, nicht-ärztliche:r Koordinator:in wird ggf. einbezogen	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Version	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
17	DPTV	§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Der Zusatz *‚möglichst innerhalb von 10 Werktagen‘* wird von der DVSG unterstützt.	Die Regelung mit zeitlichen Vorgaben bewirkt Klarheit und erhöht die Verbindlichkeit und die Realisierung einer nahtlosen Hilfegewährung. Die Sicherstellung der Informationsvermittlung auch an Akteur*innen, die außerhalb der SGB V-Logik müssen zuverlässig und systematisch berücksichtigt werden.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 3	PatV	Dieser Zusatz wird unterstützt, um eine Nahtlosigkeit der Leistungen und eine Informiertheit der koordinierenden Person – unabhängig von der		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Berufszugehörigkeit – zu gewährleisten.		
27	DGVT-BV	§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Zeitnahe Weiterbehandlung wird ausdrücklich erwähnt (positiv).	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 13 Absatz 3	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.	Der Text entspricht der Argumentation der PatV, die SGB V übergreifend denkt.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Die verpflichtende 7-Tage-Frist ist überzogen.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die in Absatz 3 getroffenen Regelungen orientieren sich an den Regelungen der KSVPsych-RL für Erwachsene. Wenngleich die Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen nicht in dem Maße ausgebaut ist wie für Erwachsene, sollte dennoch die Herstellung einer möglichst schnellen Anschlussversorgung nach einem stationären Aufenthalt die Zielsetzung sein.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
02	BPtK	§ 13 Absatz 4	PatV	Vor dem Hintergrund der besonderen Relevanz der Behandlungskontinuität beim Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung zur ambulanten Komplexbehandlung nach dieser Richtlinie befürwortet die BPtK unter Bezugnahme auf den Regelungsvor-schlag der PatV, dass nach Absatz 3 ein vom Krankenhaus für die Patient*in vereinbarter Termin in der Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von sieben Werktagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus liegen sollte.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, zu kleinteilige Beschreibung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Die Begründung der Stellungnehmer ist unklar, da in Absatz 2 und 3 zwei unterschiedliche Wege aus einem stationären Aufenthalt in

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						die Versorgung nach dieser Richtlinie beschrieben werden.
		§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, zu kleinteilige Beschreibung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Die verpflichtende 7-Tage-Frist ist überzogen. Die Information über alternative Versorgungsmöglichkeiten ist nicht erforderlich zusätzlich zu formulieren, da Aufklärung über Alternativversorgung die gängige Praxis ist.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 01

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Alltagspraktische Lösung, die Vermittlung zum Bezugstherapeuten verbindlich vorzunehmen, wenn dies dem Patient*innenwillen entspricht. Frist von 10 Werktagen für den Regelfall ist mit Blick auf die Schwere/Komplexität der psychischen Erkrankung angemessen.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, da ausreichende Formulierung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Formulierung entsprechend der bisherigen Richtlinienlogik.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Version – Verantwortung Krankenhaus	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	10 Werktage sind realistischer als 7 Werktage		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
20	DVSG	§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Es ist aus Sicht der DVSG erstrebenswert, die kürzere Frist von 7 Tagen zu wählen und nicht 10 Tage. Die DVSG stimmt dieser Formulierung mit der längeren Frist zu weiteren Hilfegewährung nicht zu.		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 13 Absatz 4	PatV	Diese Formulierung bewirkt eine klare Regelung des weiteren Vorgehens und findet Zustimmung der DVSG.	Die detaillierte Regelung in der Richtlinie gewährleistet eine bessere Sicherstellung einer nachstationären Anbindung im Sinne einer Nahtlosigkeit.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Ausreichende Regelung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
28	bapk	§ 13 Absatz 4	PatV	Der BapK unterstützt diese Formulierung.		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/05	BVDP/ BVDN	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/12	BJKPP/ SpiZ	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/30	DGPPS/ DGSPJ	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung mit der **Ergänzung** „… ***der Sorgeberechtigten***…“	Siehe oben: Kinder und Jugendliche sind nicht voll geschäftsfähig. Es bedarf daher der Zustimmung der Sorgeberechtigten.	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
11	BDP	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
15	bkj	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/05	BVDP/ BVDN	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung	Unterschiede nur redaktionell	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
07/12	BJKPP/ SpiZ	§ 13 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 13 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/30	DGPPS/ DGSPJ	§ 13 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Notwendige **Ergänzung**: der **Einbezug der Sorgeberechtigten / Eltern**	Es handelt sich um Kinder und Jugendliche…	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
11	BDP	§ 13 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
14	DVGP	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Ausdrückliche Zustimmung	… angesichts der Wartezeiten für ambulante Psychotherapie	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	Übergabemanagement wichtig für Anschlussbehandlung in Verantwortung des Krankenhauses um nahtlose ambulante Versorgung zu garantieren	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Die DVSG unterstützt die Nennung dieser Möglichkeit zur probatorischen Sitzung, um den Beteiligten diese Form der Intervention bewusst zu machen.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
21	bvvp	§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Für eine Erleichterung des Sektorenübergangs muss die Durchführung der Eingangssprechstunde schon während des Krankenhausaufenthalts möglich sein. Das Gesetz begrenzt diese Möglichkeit bisher auf die		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Der G-BA nimmt den Hinweis zur Kenntnis, ist aber an die aktuelle Rechtslage gebunden. Das SGB V regelt in § 92 Absatz 6a SGB V ausschließlich die frühzeitige Durchführung von probatorischen Sitzungen

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				probatorischen Sitzungen, die aber im Zusammenhang mit dieser Richtlinie unpassend wären. Man muss auf den Gesetzgeber hinwirken, damit hier eine Änderung erfolgt.		während einer Krankenhausbehandlung, sofern sich der Bedarf für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung ergibt.
36	VAKJP	§ 13 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Sehr konstruktiv ist die Lösung in § 13: Dass es möglich sein soll, bereits während eines Krankenhausaufenthaltes probatorische Sitzungen in der vertragsärztlichen Praxis und/oder dem Krankenhaus durchzuführen.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
15	bkj	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
27	DGVT-BV	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV:** Dank und Kenntnisnahme
33	DGSF + SG	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	*jeweiligen Kindes oder Jugendlichen [**und relevanter Bezugspersonen**] nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.*	Siehe §1 Absatz 2 Nummer 1 & 2	**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die vorliegende Richtlinie regelt die Versorgung des schwer psychisch erkrankten Kindes oder Jugendlichen, daher sind ausschließlich die Berufsgruppen in die Beurteilung des Behandlungsfortschritts einzubeziehen, die an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligt sind. **KBV/DKG:** Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung KBV/DKG**: Die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen wird als wichtig erachtet und wurde daher als Grundsatz in § 1 Absatz 1 formuliert.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
34	UBSKM	§ 14 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	UBSKM bittet darum, dass die **Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten in die Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele** einbezogen werden muss.		**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt; es erfolgt eine Aufnahme in die Tragenden Gründe.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
02	BPtK	§ 14 Absatz 2	KBV/DKG /PatV	Die BPtK befürwortet den Vorschlag von KBV, DKG und PatV, dass das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für die Versorgung nach dieser Richtlinie regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs durch die Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in zu überprüfen ist.	Die Versorgung nach dieser Richtlinie ist insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche vorgesehen, die vor dem Hintergrund der Symptombelastung und der Schwere der Funktionsbeeinträchtigungen einer abgestimmten multimodalen Behand-lung unter Beteiligung von mindestens zwei verschiedenen Berufsgruppen bedürfen und bei denen zusätzlich ein psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist. In vielen Fällen handelt es sich um schwer und chronisch erkrankte Patient*innen, bei denen entsprechend längere Behandlungszeiten in der Therapieplanung anzusetzen sind, um die patientenindividuellen Therapieziele erreichen zu können. Eine rigide hochfrequente – wie vom GKV-SV vorgeschlagen – halbjährliche Überprüfung der Voraussetzungen gemäß § 2 für	**KBV/DKG/PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie kann daher nicht zielführend sein und kann von den Kindern und Jugendlichen und ggf. deren Bezugspersonen als zusätzlich verunsichernd erlebt werden. Wichtig ist außerdem, dass den Patient*innen in der Versorgung nach dieser Richtlinie und darüber hinaus stabile therapeutische Beziehungen angeboten werden können, die eine Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und eine Stärkung der Beziehungsfähigkeiten der Patient*innen ermöglichen. Zusätzliche Versorgungsbrüche durch die Entwicklung der Versorgung nach dieser Richtlinie aufgrund neuer Schnittstellen zu der Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie sind unbedingt zu vermeiden. Daher sollten psychotherapeutische und ärztliche Weiterbehandlungen, aber auch Leistungen anderer	

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Berufsgruppen, soweit sie nach Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie weiterhin medizinisch erforderlich sind, von den jeweiligen hierfür zuständigen Mitgliedern der patientenindividuellen Teams durchgeführt bzw. fortgesetzt werden.	
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 14 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung, **Streichung *„halbjährlich“*** und **Aufnahme *„regelmäßig“***	Eine halbjährliche Prüfung der Voraussetzungen festzuschreiben, ist nicht sinnvoll	**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. In Absatz 1 ist bereits geregelt, dass der Behandlungsfortschritt regelmäßig zu überprüfen ist, um sicherzustellen, dass die gewählte Behandlung den individuellen Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten entspricht und um ggf. Anpassungen vorzunehmen; eine zusätzliche regelmäßige Überprüfung, ob die Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie noch vorliegen, erscheint daher zu unspezifisch. Die Vorgabe einer halbjährlichen Prüfung ermöglicht der

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Patientengruppe, die mit dieser Richtlinie in den Blick genommen werden soll, in diesem Zeitraum einen sicheren Rahmen für die Versorgung.
		§ 14 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	„Regelmäßig“ die Voraussetzungen zu prüfen ist sachdienlicher	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 14 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung	Unterschied zu KBV/DKG nur redaktionell	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§ 14 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung des starren Überprüfungszeitraums	Der starre Zeitraum von „halbjährlich“ entspricht nicht der Versorgungsrealität.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
		§ 14 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 14 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung	Unterschied zu KBV/DKG nur redaktioneller Natur	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 14 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Zeitvorgabe ist starr entgegen des Versorgungsalltags und erhöht daher nur den bürokratischen Aufwand	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		§ 14 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 14 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/30	DGPPS/DGSPJ	§ 14 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
11	BDP	§ 14 Absatz 2	GKV-SV	Zustimmung	Konkrete Benennung eines Zeitrahmens, wobei dieser als willkürlich angenommen wird.	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
14	DVGP	§ 14 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung der Festlegung auf halbjährliche Überprüfung	Zu schematisch, kann im Einzelfall zu lang oder zu kurz sein	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
		§ 14 Absatz 2	KBV/DKG und PatV	Zustimmung zu der flexibleren Vorschrift	s. o.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
15	bkj	§ 14 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Halbjährlich ist zu starr	**GKV-SV:** Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 04/05
		§ 14 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Sinnvollste Regelung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
		§ 14 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
18	DGPM	§ 14 Absatz 2	GKV-SV	Die Festlegung auf eine halbjährliche Revision erscheint nicht zielführend. Es sollte von „***regelmäßig, mindestens halbjährlich***“ gesprochen werden.		**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Siehe lfd. Nr. 04/05
20	DVSG	§ 14 Absatz 2	GKV-SV	Die Präzisierung ‚halbjährig‘ ist konkret, sollte jedoch nicht ausschließen, dass es bedarfsbezogen auch im Einzelfall häufiger erforderlich ist. Die DVSG schlägt vor, dass die Formulierung ‚unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs‘ ergänzend gewählt wird.		**GKV-SV:** Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Siehe lfd. Nr. 04/05
21	bvvp	§ 14 Absatz 2	KBV/DKG	Hier wird in Satz 2 ausgeführt, dass das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie regelmäßig zu überprüfen sei. Hier muss zwingend ergänzt werden, dass es sich bei der Bestimmung, nach der die Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus mindestens mit 4 eingeschätzt werden muss, um ein Eingangskriterium handelt. Daraus		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. **Anmerkung KBV/DKG**: Die Unterscheidung zwischen Einschlusskriterien und nachhaltiger Erreichung von Therapiezielen ist uns wichtig, daher wurde in Satz 3 entsprechend formuliert. Die Anpassung der TG wird geprüft. **PatV**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				folgt, dass eine Besserung im Behandlungsverlauf nicht zwangsläufig die Beendigung der Teilnahme an der Versorgung nach der Richtlinie zur Folge hat. Mit dieser Richtlinie wird eine herausragende Verbesserung der Versorgung für psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche geschaffen, die insbesondere bei der Aufnahme aufsuchender Behandlungsangebote schnell zu einer Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen führen kann. Dieses Angebot sollte ihnen nicht gleich nach einer ersten Stabilisierung genommen werden, weil ansonsten sogenannte Drehtüreffekte zu erwarten sind. Eine Beendigung der Teilnahme sollte nur für den Fall verpflichtend vorgeschrieben sein, dass der komplexe Behandlungsbedarf nach §2 Absatz 3 nicht mehr vorliegt und/oder das Behandlungsteam gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen und seiner Familie feststellt, dass die spezifischen Behandlungsziele		

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				nach dieser Richtlinie erreicht sind und nunmehr eine Regelversorgung ausreichend ist.		
27	DGVT-BV	§ 14 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung	Sichert Behandlungskontinuität	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
34	UBSKM	§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	UBSKM stimmt der PatV zu. Eine Beurteilung ist regelmäßig und in längeren Zeitabständen als halbjährlich vorzunehmen. Im Einzelfall sollte auch eine Entfristung der Versorgung nach dieser Richtlinie ermöglicht werden.	Prüfungen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind, sind immer eine Belastung für Betroffene, da sie zu Unsicherheiten führen, ob die Behandlung weiter fortgesetzt werden kann. Diese Prüfungen können somit die therapeutische Beziehung beschädigen, die psychotherapeutische oder ärztliche Arbeit behindern und zu negativen Folgen führen.	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Lfd. Nr.	Institution	Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	§ 15	KBV/DKG	Zustimmung		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
04/ 05	BVDP/ BVDN	§ 15	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratie-Aufwand, zu kleinteilige Beschreibung	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Mit der vorliegenden Richtlinie wird ein neues Versorgungskonzept für die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen geschaffen. Es ist daher sachgemäß zu prüfen, ob die in § 1 formulierten Ziele durch die Vorgaben der Richtlinie erreicht werden können. Die vorgenommene Präzisierung des Untersuchungsgegenstandes erleichtert dabei die spätere Ableitung der Fragestellungen für die Evaluation.
			KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratie-Aufwand, zu kleinteilige Beschreibung	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
07/ 12	BJKPP/ SpiZ	§15	GKV-SV	Ablehnung	Eine Festlegung des Zeitraums bis zur Evaluation ist bei einer neu einzuführenden Richtlinie nicht sinnvoll.	**GKV-SV:** Kenntnisnahme. Mit der vorliegenden Richtlinie wird ein neues Versorgungskonzept für die Versorgung von insbesondere schwer psychisch

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						erkrankten Kindern und Jugendlichen geschaffen. Der Zeitraum erscheint insofern ausreichend gewählt, dass Erkenntnisse im Hinblick auf die Erreichung der in § 1 formulierten Versorgungsziele gewonnen werden können.
			KBV/DKG	Zustimmung	Dem G-BA bleiben mit dieser Formulierung alle Möglichkeiten zur Evaluation der Richtlinie. Formulierung am besten sachdienlich.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung	s.o. bei GKV-SV	**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
09	BAG KJPP	§ 15	GKV-SV	Ablehnung		**GKV-SV:** Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Zustimmung	Formulierung ist zweckdienlich und ausreichend	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
			PatV	Ablehnung		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
10/ 30	DGPPS/ DGSPJ	§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	Eine Evaluation nach 5 Jahren ist zu spät, wenn sich zu einem früheren Zeitpunkt herausstellt, dass eine Überarbeitung in wesentlichen Punkten notwendig ist.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Der Hinweis zum zeitlichen Rahmen wird in die weitere Diskussion eingebracht.
11	BDP	§ 15	KBV/DKG	Zustimmung; ggf. Mitaufnahme eines konkreten Zeitrahmens, bspw.: „***nach drei Jahren***“.	Hinreichende Formulierung entsprechend der Richtlinienlogik, jedoch unklare Empfehlung bzgl. des Zeitraums.	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme. Der Hinweis zum zeitlichen Rahmen wird in die weitere Diskussion eingebracht.
14	DVGP	§ 15	GKV-SV und PatV	Zustimmung	Sachgerecht	**GKV-SV/PatV**: Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Ablehnung	Zu wenig substantiiert	**KBV/DKG**: Kenntnisnahme
15	bkj	§ 15	GKV-SV	Zustimmung	Klare Evaluationsziele benannt	**GKV-SV:** Dank und Kenntnisnahme
			KBV/DKG	Ablehnung	Zu allgemein formuliert	**KBV/DKG**: Kenntnisnahme
			PatV	keine		**PatV**: Dank und Kenntnisnahme
18	DGPM	§ 15	KBV/DKG	Hier fehlt der Hinweis auf mögliche unerwünschte Ergebnisse		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme
20	DVSG	§ 15	KBV/DKG	Aus Sicht der DVSG ist diese Formulierung nicht weitreichend und konkret		**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Institu-tion	Betref-fende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				genug gefasst. Nicht nur die Zielerreichung sondern Aussagen zur Qualitätsverbesserung sollten erreicht werden und ein Zeitrahmen sollte konkret ergänzt werden für die Evaluation.		
27	DGVT-BV	§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung	**KBV/DKG**: Dank und Kenntnisnahme

C Anlagen

C-1 Beschluss über die Beauftragung zur Umsetzung des Regelungsauftrages nach § 92 Absatz 6b SGB V

C-2 Bekanntmachung zur Ermittlung weiterer Stellungnahmeberechtigter für Entscheidungen des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V

C-3 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

C-4 Unterlagen, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

C-4.1 Beschlussentwurf, Position GKV-SV

C-4.2 Tragende Gründe, Position GKV-SV

C-4.3 Beschlussentwurf, Position KBV/DKG

C-4.4 Tragende Gründe, Position KBV/DK

C-4.5 Beschlussentwurf, Position PatV

C-4.6 Tragende Gründe, Position PatV

C-4.7 Beschlussentwurf, synoptische Darstellung

C-5 Schriftliche Stellungnahmen

C-5.1 Schriftliche Stellungnahme der BÄK

C-5.2 Schriftliche Stellungnahme der BPtK

C-5.3 Schriftliche Stellungnahme des BfDI

C-5.4 Schriftliche Stellungnahme des BVDP e.V.

C-5.5 Schriftliche Stellungnahme des BVDN e.V.

C-5.6 Schriftliche Stellungnahme der DFT

C-5.7 Schriftliche Stellungnahme des BKJPP

C-5.8 Schriftliche Stellungnahme der PIBB

C-5.9 Schriftliche Stellungnahme der BAG KJPP

C-5.10 Schriftliche Stellungnahme der DGPPS

C-5.11 Schriftliche Stellungnahme des BDP

C-5.12 Schriftliche Stellungnahme des SpiZ

C-5.13 Schriftliche Stellungnahme des VDAB

C-5.14 Schriftliche Stellungnahme des DVGP

C-5.15 Schriftliche Stellungnahme des bkj

C-5.16 Schriftliche Stellungnahme der DHS

C-5.17 Schriftliche Stellungnahme der DPtV

C-5.18 Schriftliche Stellungnahme der DGPM

C-5.19 Schriftliche Stellungnahme des VPKD

C-5.20 Schriftliche Stellungnahme des DVSG

C-5.21 Schriftliche Stellungnahme des bvvp

C-5.22 Schriftliche Stellungnahme des VKD

C-5.23 Schriftliche Stellungnahme der DGKJP

C-5.24 Schriftliche Stellungnahme des SHV

C-5.25 Schriftliche Stellungnahme der CBP

C-5.26 Schriftliche Stellungnahme der DGAP

C-5.27 Schriftliche Stellungnahme der DGVT-BV

C-5.28 Schriftliche Stellungnahme des BApK

C-5.29 Schriftliche Stellungnahme des bad

C-5.30 Schriftliche Stellungnahme der DGSPJ

C-5.31 Schriftliche Stellungnahme der DMtG

C-5.32 Schriftliche Stellungnahme des BED

C-5.33 Schriftliche Stellungnahme der DGSF und SG

C-5.34 Schriftliche Stellungnahme des UBSKM

C-5.35 Schriftliche Stellungnahme DVE (SN gemeinsam mit SHV)

C-5.36 Schriftliche Stellungnahme der VAKJP

C-6 Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

C-7 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung

C-8 Beschluss

C-9 Tragende Gründe

C-10 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung zur Umsetzung des Regelungsauftrages nach § 92 Absatz 6b SGB V und Folgeänderungen

Vom 3. März 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 3. März 2022 folgendes beschlossen:

I. Der Unterausschuss Psychotherapie wird
   1. umbenannt in „Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung“ und
   2. beauftragt mit
      a. der Durchführung des Beratungsverfahrens zur Umsetzung der Regelungen nach § 92 Absatz 6b SGB V für den Bereich Kinder und Jugendliche unter Zugrundelegung eines zeitnah festzulegenden Zeitplans sowie
      b. der Umsetzung aller künftigen Beratungsbedarfe zu sämtlichen Regelungen nach § 92 Absatz 6b SGB V.

   Der mit dem Beschluss des G-BA vom 19. Dezember 2019 „über die Einrichtung des ad-hoc Unterausschusses (UA) Umsetzung des Regelungsauftrags nach § 92 Absatz 6b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)“ insoweit ursprünglich beauftragte ad hoc Unterausschuss „Umsetzung des Regelungsauftrags nach § 92 Absatz 6b SGB V“ wird aufgehoben.

II. Bei Beratungen zur Umsetzung des Auftrags nach I. wird die Leistungserbringerseite des Unterausschusses Psychotherapie und psychiatrische Versorgung besetzt mit 3 Mitgliedern der KBV und 3 Mitgliedern der DKG; im Übrigen gilt die mit Beschluss des G-BA vom 17. Juli 2008 „über die Einsetzung von Unterausschüssen nach Maßgabe § 18 Abs. 1 der Geschäftsordnung und dem Finanzausschuss nach Maßgabe § 26 Abs. 1 der Geschäftsordnung i.d.F. vom 17. Juli 2008“ für den UA Psychotherapie festgelegte Besetzung.

III. Der Beschluss tritt mit Beschlussfassung in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 3. März 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bundesanzeiger
Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
www.bundesanzeiger.de

Bekanntmachung
Veröffentlicht am Freitag, 22. Mai 2020
BAnz AT 22.05.2020 B3

Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Ermittlung weiterer Stellungnahmeberechtigter für Entscheidungen des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Aufforderung zur Meldung –

Vom 16. April 2020

Der G-BA ist durch Einfügung des § 92 Absatz 6b SGB V im Rahmen des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) beauftragt, Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, in einer eigenen Richtlinie zu beschließen.

Bei Entscheidungen des G-BA zu den Regelungen des § 92 Absatz 6b SGB V ist bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 91 Absatz 5 und 5a SGB V der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern der Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene sowie dem Beauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Mit dieser Bekanntmachung fordert der G-BA einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften sowie weitere betroffene Organisationen, denen aufgrund ihrer Betroffenheit vor abschließender Beschlussfassung über die Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte gemäß § 92 Absatz 6b SGB V, Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt werden soll, zur Meldung auf.

Entsprechend 1. Kapitel § 9 Absatz 2 der Verfahrensordnung des G-BA (abrufbar unter www.g-ba.de) ist das Merkmal „maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene“ durch Vorlage der Satzung oder Statuten und – soweit es sich nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt – durch Angabe der Mitgliederzahl glaubhaft zu machen. Es ist darzulegen, inwieweit durch Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte gemäß § 92 Absatz 6b SGB V, eine Betroffenheit der Organisation besteht.

Der G-BA entscheidet aufgrund der eingehenden Meldungen über den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen.

Die Unterlagen sind

bis zum 19. Juni 2020

der Geschäftsstelle des G-BA – nach Möglichkeit in elektronischer Form (z. B. als Word- oder PDF-Dokumente) per E-Mail – zu übermitteln. Bitte teilen Sie uns Ihre Korrespondenz-Post- und E-Mail-Adresse unter Angabe einer Kontaktperson mit.

Sofern der G-BA in der Folge feststellen wird, dass Sie von geplanten Entscheidungen des G-BA zu den obengenannten Regelungen betroffen sind, wird Ihnen zu gegebenem Zeitpunkt Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben.

Korrespondenzadresse

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung & Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

E-Mail: skv@g-ba.de

Nachmeldungen sind zulässig. Insoweit ist zu beachten, dass bis zu der Entscheidung über die Nachmeldung die Wahrnehmung des Stellungnahmerechts nicht möglich ist.

Berlin, den 16. April 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Prof. Hecken

Die PDF-Datei der amtlichen Veröffentlichung ist mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen. Siehe dazu Hinweis auf Infoseite.

Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vor einer abschließenden Entscheidung über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V

Vom 29. August 2023

Der Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 1 Verfahrensordnung (VerfO) in seiner Sitzung am 29. August 2023 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5 und 5a SGB V zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V einzuleiten.

Folgende Stellungnahmeberechtigte erhalten Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zur Erstfassung der o.g. Richtlinie:

- Bundesärztekammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundespsychotherapeutenkammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (gemäß § 91 Absatz 5a SGB V)
- ADHS Deutschland e.V.
- Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V. (AG ADHS)
- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen - Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (bkj)

- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN); Bundesverband der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BKJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG KJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser e.V. (BAG Psychiatrie)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. (BAG GPV)
- Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)
- Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)
- Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (GBV)
- Deutsche AG der Tageskliniken in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DATPPP) e.V.
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.)
- Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT)
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
- Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V., Fachgruppe „Seelische Gesundheit“
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
- Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
- Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKind)
- Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP)
- Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP)
- Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg - PIBB GmbH i.V.m. der gemeinnützigen Basisorganisation des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit – VPsG e.V.
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.
- Systemische Gesellschaft (SG) e.V.
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen
- Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)
- Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
- Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
- Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)
- Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.
- Spitzenverband ZNS (SpiZ)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAlzG)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
- Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V. (BPM)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (dgsps)
- Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)
- DVT-Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)
- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Bundesgeschäftsstelle
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)

- Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und
  Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.), Bundesgeschäftsstelle
- Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)

Die Frist für die Abgabe der schriftlichen Stellungnahme beträgt ab Versand 6 Wochen.

Berlin, den 29. August 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung
Die Vorsitzende

Lelgemann

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

(KJ-KSVPsych-RL)

Inhalt

A. Allgemeines ... 3

§ 1 Zweck und Versorgungsziele ... 3

§ 2 Definition der Patientengruppe ... 5

§ 3 Transition ... 6

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 7

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 9

§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 10

§ 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 11

B. Patientenversorgung ... 13

§ 8 Zugang ... 13

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ... 14

§ 10 Gesamtbehandlungsplan ... 15

§ 11 Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade 16

§ 12 Telemedizin ... 17

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 18

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 19

C. Evaluation ... 20

§ 15 Evaluation ... 20

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).

(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:

1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.

7. Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.

§ 2 Definition der Patientengruppe

(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.

(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen. Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn

1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM,
2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und
3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS

gegeben sind.

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.

(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.

§ 3 Transition

(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.

(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen:

1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten.
2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen.
3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen.
4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch.
5. Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.

(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.

(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit. Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.

(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und
4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen.

(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden:

1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung,
2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V
3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.

(3) Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
6. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
7. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
8. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und

9. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten.

(4) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.

(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.

(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.

(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.

(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein dem Gesamtbehandlungsplan entsprechendes Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie. Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren. Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten

1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,
2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder
3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.

(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.

(3) Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach § 10 erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.

(4) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für

1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,
2. die unverzügliche Einleitung einer ambulanten oder stationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung.

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

(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.

(2) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann nur durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:

1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,
2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 Nr. 3 - 8 ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

§ 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.

(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder -träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht.

1. Patientenaufnahme
   a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten.
   b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert.
   c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden.
   d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nr. 5b zu verwenden.

2. Koordination der Versorgung
   Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen.
3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans
   In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.
4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen
   Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.
5. Verlaufskontrolle
   a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen.
   b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

(1) Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.

(2) Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.

(4) Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

(5) Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

(6) 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 bis Satz 4 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.

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft. Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 oder § 5 Absatz 2 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden. Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.

(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nr. 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nr. 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.

(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.

(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.

(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich. Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.

§ 11 Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade

(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.

(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue.

(3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie den Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen.

(4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion.

(5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationärer Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen.

(6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.

(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.

§ 12 Telemedizin

Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

(2) Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.

(3) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.

(4) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

(5) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß § 4 Absatz 8 Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.

(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält. Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.“

II. Die Erstfassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendlich mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

KJ-KSVPsych-RL

Vom TT.MM.2024

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 3

2. Eckpunkte der Entscheidung ... 3

2.1 A. Allgemeines ... 5

2.1.1 § 1 Zweck und Versorgungsziele ... 8

2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe ... 13

2.1.3 § 3 Transition ... 18

2.1.4 § 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 22

2.1.5 § 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 26

2.1.6 § 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 29

2.1.7 § 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 31

2.2 B. Patientenversorgung ... 34

2.2.1 § 8 Zugang ... 34

2.2.2 § 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ... 37

2.2.3 § 10 Gesamtbehandlungsplan ... 38

2.2.4 § 11 Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade ... 40

2.2.5 § 12 Telemedizin ... 42

2.2.6 § 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 43

2.2.7 § 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 44

2.3 C. Evaluation ... 46

2.3.1 § 15 Evaluation 46
3. Bürokratiekostenermittlung 49
4. Verfahrensablauf 50

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, welches am 01. 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 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 Auftrag[1] nach § 92 Absatz 6b SBG 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
[2] vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85 (Beschlussempfehlung und Bericht)
[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 Bedingungszusammenhang, 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 haben.

Zum entwicklungsbestimmenden Lebensumfeld gehören Eltern, Familien oder familienähnliche Strukturen bei Kindern, die in Heimeinrichtungen aufwachsen, die Peers, das gesamte soziale und ökonomische Umfeld, Kita, 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 Störungen 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 Kita, Schule und der beruflicher 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 deren Einverständnis. 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 spielt 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 SGB-V 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. 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 wie auch der verfügbaren Angebote ist es unabdingbar, dass eine Richtlinie für Kinder und Jugendliche grundlegend neu erarbeitet werden muss 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 KSV-Richtlinie zu nutzen und in die Erarbeitung der KJ-KSV-RiLi 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 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.

Ein weiterer Unterschied zur Erwachsenenversorgung entsteht durch die Regelungen zur Transition. Da an dieser Schnittstelle erfahrungsgemäß viele der insbesondere schwer psychisch kranken 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, 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 Absätze 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.

Für die dazu erforderliche Administration einer so gestalteten Kooperation werden ebenfalls die Voraussetzungen geschaffen.

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 Bezugsärztin oder eines

Bezugsarztes 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 verbindlichen 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 haus- und fachärztlicher bzw. 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 auch eine 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 Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten (§ 5), die Definition der zuständigen Berufsgruppen für die Koordination der Patientinnen und Patienten (§ 6) sowie Festlegungen in § 7 zur interdisziplinären Zusammenarbeit der Leistungserbringer.

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 sowie, in § 11, zur individuellen Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade.

Weitere Paragraphen beinhalten Vorgaben zur Telemedizin (§ 12), zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 13), zur Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 14).

Abschnitt C (Evaluation) enthält Vorgaben zur Evaluation der KJ-KSVPsych-RL (§ 15).

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 KSV-Psych Richtlinie im Jahr 2022 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für Erwachsene etabliert wurde. Bei der Behandlung von insbesondere schwer psychisch kranken 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 Akteure des § 91 Abs. 6 SGB V rechtlich binden kann, hat ein solches Zusammenwirken gerade im Bereich der insbesondere schwer psychisch kranken 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 erleichtert und teilweise auch erst ermöglicht wird. So ist bspw. vorgesehen, dass Fallkonferenzen mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher stattfinden können. Zwar kann eine Teilnahme an derartigen Austauschen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher im Rahmen dieser Richtlinie nicht eingefordert werden, jedoch kann durch diese Richtlinie ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt. Die grundlegenden Regelungen und Verpflichtungen der Sozialgesetzbücher werden hiervon nicht berührt.

In der Richtlinie wird mit dem Begriff „stationäre Versorgung“ auch die Erbringung von teilstationären, vollstationären sowie stationsäquivalenten Leistungen umfasst.

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 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 2.:

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen fällt 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. Diesen Unterzielen wird die Versorgung nach dieser Richtlinie gerecht, indem besondere Möglichkeiten 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 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 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 Einbindung und Abstimmung mit den Hilfesystemen anderer Sozialgesetzbücher erforderlich macht, um einen größtmöglichen Effekt zu erzielen.. Die Ziele der Krankenbehandlung sollten daher weitgehend harmonisiert sein mit den Zielen der Hilfesysteme der anderen Sozialgesetzbücher. Hierfür ist eine Einbindung der Patientinnen und Patienten gleichermaßen notwendig, so dass die individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele gemeinsame Akzeptanz durch die verschiedenen Leistungserbringer 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 Nr. 1 ausgeführt.

Zu 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. 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 Abs. 1 Satz 2 SGB V Einsatz finden.

Zu 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. Kinder und Jugendliche 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 patientenindividuelle Koordinierung durch eine nichtärztliche, koordinierende Person geschaffen wird. Diese Koordinierung setzt zunächst 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 Koordinierung durch die nichtärztliche, koordinierende Person Schnittstellen managt und Hilfesysteme und Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher bei Bedarf einbindet. 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 Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher oder die Übernahmen von Leistungen oder sonstigen Verpflichtungen aus anderen Sozialgesetzbüchern ist davon nicht umfasst.

Zu 7.:

Aufbauend auf der Koordinierung, die in Nr. 6 explizit adressiert wird, wird mit dieser Richtlinie eine Verbesserung der Kooperation angestrebt. Hierbei wird aufgrund der vielfältigen Anknüpfungspunkte in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern ein besonderer Fokus gelegt.

Zu 8.:

Jugendliche und junge Erwachsene sind in einer Lebensphase, die häufig mit einer besonderen Vulnerabilität einhergeht. In dieser Phase der Entwicklung, wo sich zudem auch die Lebensumstände häufig stark verändern, ist ein strukturiertes, abgestimmtes und gezieltes Vorgehen zur Stabilisierung der Patientinnen und Patienten erforderlich, um eine geeignete Krankenbehandlung zu ermöglichen. Entsprechend sieht diese Richtlinie Maßnahmen vor, die 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 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 mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Maßnahme.

Zu 2.:

An der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sind mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Ein abgestimmter, für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlicher Gesamtbehandlungsplan, der von dem Bezugsarzt/der Bezugsärztin oder dem Bezugspsychotherapeuten/der Bezugspsychotherapeutin 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 über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg bildet. Sowohl bei der Leistungserbringung innerhalb des SGB V als auch bei einer

sozialgesetzbuchübergreifenden Zusammenarbeit ergeben sich viele Schnittstellen, wo koordinierende Maßnahmen die Grundlage für eine verbesserte Kooperation bilden.

Zu 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 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 5.:

Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin 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 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 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 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 ist das soziale Umfeld in die Versorgung 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 -umstände ermöglichen; hierbei ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten sowie ggf. der Sorgeberechtigten erforderlich.

Zu 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 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 zusammenarbeiten. Zudem wird in der Versorgung nach dieser Richtlinie die Möglichkeit eröffnet, Fallbesprechungen auch mit Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher durchzuführen; diese Fallbesprechungen können sowohl per Video als auch in geeigneten Räumlichkeiten unter Anwesenheit der Teilnehmer stattfinden.

2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe

Vorbemerkung:

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 der Kinder und Jugendlichen.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, in der Literatur als „people with severe mental illness“ beschrieben, leiden nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung, sondern auch unter den daraus entstandenen Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten des täglichen Lebens und ihrer psychosozialen Fähigkeiten.

Somit ist bei den Betroffenen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht nur eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung der psychischen Symptomatik erforderlich, sondern auch eine Berücksichtigung 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 Störung, der jeweilige Entwicklungsstand zu berücksichtigen ist und darüber hinaus die Einbeziehung der Eltern bzw. des sozialen Umfeldes und der Schule 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 Leistungserbringer in der Versorgung nach dieser Richtlinie Rechnung getragen.

Absatz 1:

Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen vom vollendeten 3. Lebensjahr 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.

Die für die Versorgung nach dieser Richtlinie vorzusehende Altersgruppe der Kinder und Jugendliche umfasst die Spanne vom 4. bis zum 21 Lebensjahr

Den sehr spezifischen Behandlungsbedürfnissen von Säuglingen und Kleinkindern wird bereits durch bestehende spezialisierte -auch hilfesystemübergreifende- Versorgungsmöglichkeiten hinreichend Rechnung getragen. 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.

Als mögliche psychische Störungen bzw. Regulationsstörungen in dieser Zeit sind u.a. exzessives Schreien („Schreibabys“), Fütter- und Gedeihstörungen, dauerhafte Ein- und Durchschlafprobleme, exzessives Klammern, heftiges Trotzen, aggressives Verhalten und Spielunlust zu nennen. Je nach Art und Ausprägungsgrad der psychischen Störung bei Säuglingen oder Kleinkindern kommen entwicklungspsychologische Beratung, störungsspezifische Beratung, Elterngespräche und Elterntraining, Familiensitzungen zur Unterstützung und Förderung der Eltern-Kind-Interaktion sowie Familientherapie zur Anwendung.

Neben den Fachgruppen der Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen für die Behandlung bereits spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung, wie z.B. Schreiambulanzen, spezielle Beratungsstellen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern an Kliniken, Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie durch darauf spezialisierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Praxen, in Psychoanalytischen Instituten oder in Babyambulanzen, spezialisierte Eltern-Kind-Stationen, sozialpädiatrische Zentren und interdisziplinäre Frühförderstellen. Darüber hinaus besteht explizit für Kinder in den ersten Lebensjahren die Möglichkeit einer Begleitung durch die „Frühen Hilfen“ i.S.d. § 1 Absatz 4 KKG. Die Frühen Hilfen bieten ein Angebot für Eltern ab der Schwangerschaft und für Familien mit Kindern bis ca. drei Jahre an. Die Fachkräfte der Frühen Hilfen beraten und begleiten Eltern, mit der Zielsetzung die Beziehungs- und Versorgungskompetenz zu verbessern, um jedem Kind eine gesunde Entwicklung zugänglich zu machen. Die vielfältigen Angebote der „Frühen Hilfen“ sind dabei niedrigschwellig, und richten sich insbesondere an Familien in belasteten Lebenslagen. Die „Frühen Hilfen“ wurden flächendeckend etabliert und bieten vielseitige Angebote aus unterschiedlichen Bereichen wie der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen, der Frühförderung an. Die Fachkräfte arbeiten eng zusammen und sind in lokalen Netzwerken organisiert.

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 Klassfikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters

nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen ist. Die konkreten Ausprägungen werden im Folgenden definiert.

Die Patientengruppe, für die der Gesetzgeber diese neue Versorgung vorgesehen hat, sind „insbesondere schwer psychisch Kranke mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“. Die Regelungen zur Voraussetzung der Versorgung nach dieser Richtlinie in § 2 Absatz 3 dienen der Identifikation der vorbeschriebenen Patientengruppe.

Unter Punkt 1 in Absatz 3 ist das Vorliegen einer psychischen Störung gemäß der ersten Achse des MAS, unter Punkt 2 das Vorliegen von mindestens zwei Bereichen der Kategorie „abnorme psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS und unter Punkt 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 Störungen 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 Störungen des Kindes- und Jugendalters kommt darüber hinaus noch hinzu, dass die auftretenden psychischen Störungen 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 findet[4].

Mit dem MAS steht eine vollständige, mehrdimensionale Beschreibung und Einordung 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 familiäre 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

[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.

verschiedentlich Überschneidungen. Da diese Versorgung schwere psychische Erkrankungen mit komplexem Behandlungsbedarf zum Inhalt hat, ist als Zugangskriterium festgelegt, dass mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien der Achse 5 des MAS vorliegen müssen, z.B. „1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung“ aus der Kategorie 1 und „2.0 Psychische Störung eines Elternteils“ aus der Kategorie 2. Aufgrund der nahezu wortgleichen Überschneidung bei den Umständen 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.0 „Institutionelle Erziehung“ werden diese Umstände als eine Kategorie gewertet. 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 i. d. R. keine ausreichende Aussage über den Schweregrad der psychischen Erkrankung zulässt, sondern es sollten die mit der psychischen Störung vorliegenden Beeinträchtigungen 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 festgelegt. Die für die Versorgung nach dieser Richtlinie notwendige Einschätzung der Schwere der psychischen Störung erfolgt über die Achsen 5 (für die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus) und 6 (für die Einschätzung der psychosozialen Umstände, in denen das Kind oder der Jugendliche lebt) des MAS.

Neben einer F-Diagnose der ersten Achse des MAS 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.

Als ein weiteres Zugangskriterium für eine Versorgung nach dieser Richtlinie müssen zudem mindestens zwei 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). Die Entscheidung für zwei Kategorien liegt darin begründet, dass bei psychosozialen Umständen eine Abgrenzung der Problemlage nicht immer gelingen kann und eine gewisse Unschärfe aufgrund der individuellen Krankengeschichte besteht. Da der Gesetzgeber klare Vorgaben zur Definition der

Patientengruppe, nämlich „insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte“ vorgegeben hat, werden daher zwei Kategorien zur Dokumentation der Schwere der Erkrankung herangezogen.

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 verortet, und nicht unter die erste Achse der klinisch-psychiatrischen Syndrome gefasst. Das alleinige Vorhandensein einer Intelligenzminderung gem. ICD-10 stellt 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 gelten die oben beschriebenen Aspekte bzw. Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie.

Gleiches gilt für die umschriebenen Entwicklungsstörungen (2. Achse). Hinsichtlich der Kategorie ICD-10, F81 „Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“ ist es zudem so, dass die erforderlichen Fördermaßnahmen (z.B. Lese-Rechtschreib-Training, Dyskalkulietraining) keine Krankenbehandlung darstellen und somit nicht in den Leistungsbereich der GKV fallen, sondern im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (§ 35a SGB VIII) erbracht werden können. Deswegen stellen diese Diagnosen keine Voraussetzung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie dar. Ausnahme ist die ICD-10 Kategorie, F84, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus), welche unter die erste Achse der MAS fällt.

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). 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 3 und 4 erfüllt sind.

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 resultiert die Notwendigkeit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer, psychosomatischer und psychosozialer Hilfen. 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 unterschiedlicher Disziplinen 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, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern.

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 Disziplinen gemäß § 4 Abs. 1 und Abs. 2 Nummer 1-3 erforderlich ist, besteht ein komplexer Behandlungsbedarf gemäß dieser Richtlinie.

Absatz 4:

Dieser Absatz bildet die Altersgrenzen der Behandlung 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 Störungen bei diesen Entwicklungsaufgaben zu begleiten und zu unterstützen. Dies gilt umso mehr für Jugendliche mit schweren psychischen Störungen. 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 gewährleisten[5]. Im Gegensatz dazu beschreibt der Begriff Transfer (lat. transfere „hinüberbringen“) die direkte Übergabe des Patienten von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin als einmaliges Ereignis.

Im Rahmen der Richtlinie wird 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 besoderen 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 eine klare Abgrenzung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie.

Bei der Transition von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Herangehensweise und Behandlung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich 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 Bezugsärztin/den Bezugsarzt oder die Bezugstherapeutin/den Bezugstherapeut 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 Störungen teilweise altersabhängige Besonderheiten zu beachten.

In diesem Zusammenhang formulierten z.B. Fegert et al. (2021)[6] als Ziele der Transitionspsychiatrie u.a., die Entwicklung heranwachsender Patientinnen in psychischen bzw. adoleszentären Krisen positiv zu beeinflussen, vermeidbare langfristige Krankheitsentwicklung bzw. Chronifizierungen und Hospitalisierung bei psychischen Störungen 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

[5] S3-Leitlinie der Gesellschaft für Transitionsmedizin.

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

und weiterer komplementärer 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 den neuen, aufnehmenden Bezugstherapeuten 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 Anbindung an die Erwachsenenversorgung erforderlich ist, auch die notwendigen Elemente zur Ausgestaltung des Versorgungsübergangs (Transitionsmaßnahmen) festzuhalten. Die mit dem Patienten oder der Patientin abgestimmten Transitionsmaßnahmen sind ggfs. im Verlauf der Transition von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten individuell anzupassen.

Zu 1.:

Der Zeitpunkt, an dem der Transfer eingeleitet und abgestimmt wird, hängt maßgeblich von der jeweiligen psychischen Erkrankung, des Behandlungsverlaufes sowie des individuellen Entwicklungsstandes 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 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 und den Patienten ist es wichtig, transparent über die Transition informiert zu werden und Klarheit in Bezug auf die neuen Ansprechpartner und Bezugstherapeuten zu erhalten. Hierbei sind ggfs. bestehende Ängste und Unsicherheiten der Patientin bzw. des Patienten in Bezug auf den Wechsel in die Erwachsenenversorgung zu berücksichtigen. Dabei gilt es, die Eigenverantwortung des Patienten oder der Patientin 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 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 der oder dem zukünftig die Behandlung fortführenden Leistungserbringer und weiteren Ansprechpartnern der Erwachsenenversorgung rechtzeitig anzubahnen. Je nach Erkrankung und Entwicklungstand des jungen Erwachsenen sind neben fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern weitere nicht-ärztliche Leistungserbringer in die Transition einzubinden, denn mit Erreichen der Volljährigkeit sind meist auch andere weitreichenden Lebensveränderungen wie z.B. Schulabschluss, Ablösung vom Elternhaus, Wechsel des sozialen Umfeldes verbunden, die zu einer Destabilisierung der Patientin bzw. des Patienten führen können.

Zu 4.:

Um einen nahtlosen Transfer in den Erwachsenenbereich zu erreichen, ist die Übergabe wesentlicher Informationen über den Behandlungsverlauf, den Entwicklungstand, den gegenwärtigen psychischen Zustand und den Verlauf der Transition an die oder den Leistungserbringer aus dem Erwachsenenbereich von enormer Wichtigkeit. Im Rahmen der Transition ist daher mindestens eine Fallbesprechung mit der behandelnden Bezugsärztin 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 Nr. 2-3.

Zu 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 dem Bezugsarzt/der Bezugsärztin oder der Bezugstherapeutin/des Bezugstherapeuten 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 Leistungserbringern aus dem Erwachsenenbereich sicherzustellen. Bei Bedarf nimmt die koordinierende Person auch mit Leistungserbringern 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 Leistungserbringer 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 Leistungserbringern außerhalb des SGB V ist daher bei der Planung und Abstimmung der Transitionsmaßnahmen gemäß § 3 Absatz 2 Nr. 2-4 zu berücksichtigen.

Die Einbindung nicht-ärztlicher Leistungserbringer wie z.B. Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen, Pflegefachpersonen und auch 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).

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.

Diese Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung haben beispielsweise für stationäre Einrichtungen keine Gültigkeit. So können stationäre Einrichtungen unter bestimmten Voraussetzung Teil dieser Versorgung sein, für die stationäre Leistungserbringung werden die bestehenden Altersregelungen jedoch nicht aufgehoben.

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 Jugendlichen Bereich profitiert.

Abhängig vom individuellen Entwicklungsstand 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:

Für Jugendliche und junge Erwachsene, bei denen ein Transfer bevorsteht, soll, wie bereits ausgeführt, ein strukturierter Übergang in die Erwachsenenversorgung erfolgen. Hierbei sollte, sofern möglich, auf die entsprechenden Strukturen der Erwachsenenversorgung zurückgegriffen werden. Damit diese Strukturen auch zielführend die Versorgung der Patientin oder des Patienten fortführen können, sind beispielsweise Fallbesprechungen geeignet, die einen interdisziplinären Austausch und eine Abstimmung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ermöglichen.

2.1.4 § 4 Teilnahmeberechtigte 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 nicht immer im ausreichenden Maße erfolgt und daher insbesondere bei einem komplexen Behandlungsbedarf Stärkung erfahren muss.

Dieser Ansatz findet Ausdruck in der Bezeichnung der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V als „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“, die in der Gesetzesbegründung auch noch klarer bezeichnet wird; hier werden neben Psychotherapeuten und anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern weitere Berufsgruppen, wie Ergotherapeuten und häusliche Krankenpflege benannt. Die Gesetzesbegründung sieht auch eine Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen vor.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss in § 136a Absatz 2a Satz 3 SGB V ferner beauftragt, Regelungen für die Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten

psychotherapeutischen Versorgung bis zum 31. Dezember 2022 zu treffen. Bei einer psychotherapeutischen Versorgung besteht nicht in allen Fällen das Erfordernis einer interdisziplinären Zusammenarbeit; im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie, die insbesondere auf die berufsgruppenübergreifende Versorgung ausgerichtet ist, ist sie jedoch unbedingt erforderlich. Insoweit wird der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit u. a. durch Regelungen über die Koordination der patientenindividuellen Versorgung und z.B. Fallbesprechungen Rechnung getragen.

Eine gelingende multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzt das Zusammenwirken der an der Versorgung beteiligten Gesundheits(fach)berufe, und dies unabhängig von deren institutioneller Verortung, voraus. Der Gesetzgeber geht in der Begründung zu § 92 Absatz 6b SGB V über die psychotherapeutische Versorgung hinaus und formuliert die Zielsetzung, dass insbesondere auch die psychiatrische Versorgung und weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche einzubeziehen sind. Die Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt sollen erleichtert werden.

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 psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle einnehmen. Darüber hinaus werden konkrete Vorgaben für die Einbindung in die Versorgung nach dieser Richtlinie getroffen.

Absatz 1:

In Absatz 1 wird geregelt, welche Leistungserbringer unter welchen Voraussetzungen zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt und damit letztendlich nach dieser Richtlinie abrechnungsbefugt sind. In Abgrenzung zur KSVPsych RL für Erwachsene ist für die Teilnahme an der Versorgung für Kinder und Jugendliche die formelle Schaffung eines Netzverbundes nicht vorgesehen. Die Begründung hierfür liegt darin, dass die Anzahl geeigneter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche deutlich unter der Anzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Erwachsene liegt. Folglich hätten die Vorgaben der Erwachsenrichtlinie bei der Kinder- und Jugendlichenversorgung dazu führen können, dass sehr weitläufige Netzverbünde entstanden wären, die häufig mit der Regionalität behafteten Versorgung dieser Patientengruppe nicht in Zusammenhang gestanden hätte. Daher wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch die Leistungspakete in § 7 definiert, zudem wird die Kooperation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer maßgeblich durch eine nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 vorbereitet und begleitet.

Die Leistungen dieser Richtlinie können durch die unter Absatz 1 aufgelisteten Vertragsärztinnen/-ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten sowie angestellten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erbracht werden; Voraussetzung ist eine abgeschlossene Weiterbildung bzw. ein Fachkundenachweis in den folgenden Fachgebieten:

a) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

b) Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie mit entsprechender Qualifikation, d.h. mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie,

c) Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit einer fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 6 Absatz 4 oder § 5 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert

am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 (Anlage 1 Bundesmantelvertrag),

d) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen für Kinder und Jugendliche.

Bei den einzelnen Fachgruppen sind 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. Mit Abschluss dieser Gebietsweiterbildung erhält man die Bezeichnung "Fachpsychotherapeut*in für Erwachsene" oder "Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche“. Im Anschluss daran kann eine sogenannte Bereichsweiterbildung (Zusatzweiterbildungen) erfolgen, in denen Kenntnisse und Fertigkeiten in weiteren Verfahren, spezialisierten Methoden oder in besonderen Anwendungsbereichen erworben wird. Ein Fachpsychotherapeut für Erwachsene (Verhaltenstherapie) kann also noch über diese 18-monatige Zusatzweiterbildung in z.B. Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche oder Systemischer Therapie für Kinder und Jugendliche die Zusatzqualifikation „Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche“ erwerben. Daher sind diese Berufsgruppen ebenfalls in dieser Richtlinie aufzuführen.

Absatz 2:

Da bei Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine ärztliche oder psychotherapeutische Leistung allein ausreichend ist, werden in Absatz 2 weitere Versorgungsangebote der GKV aufgelistet, die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen. Hierbei handelt es sich um Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung sowie um nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V, sowie einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat. Mit dieser Regelung soll insbesondere eine nachstationäre Behandlung im ambulanten Setting gestärkt werden, zudem wird der Begriff der Komplexversorgung geöffnet, so dass eine Komplexversorgung auch durch eine Ärztin oder einen Arzt bzw. eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten und einen nichtärztlichen Leistungserbringer erfüllt sein kann. Die Regelung sieht damit eine größere Flexibilität vor, so ist es natürlich trotzdem möglich, dass in einer Komplexbehandlung psychiatrische und psychotherapeutische Expertise durch zwei Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer zusammenwirken, darüber hinaus eröffnet sie jedoch auch die Einbindung einer nichtärztlichen Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers anstelle einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringers.

Absatz 3:

Neben den in den Absätzen 1 und 2 adressierten Leistungserbringern des SGB V kann es erforderlich sein, je nach Bedarf eine Abstimmung mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern teilweise auch aus anderen Sozialgesetzbüchern anzustreben.

So kann die Zusammenarbeit mit u. a. Rehabilitationseinrichtungen und 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, ggf. der nichtärztlichen koordinierenden Person, der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt sowie der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten.

Der Umfang dieser nicht abschließenden Aufzählung macht deutlich, wie hoch der Bedarf insbesondere schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten an koordinierender Unterstützung und Begleitung sein kann.

Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht berechtigt im Sinne des § 4 Absatz 1 und 2 sind Leistungserbringerinnen und Leistungsgerbringer und Einrichtungen im Sinne des Absatzes 3. Hierbei handelt es sich um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, mit denen eine Abstimmung 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 bzw. sollten.

Absatz 4:

In Absatz 4 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 5:

Die Versorgung nach dieser Richtlinie zeichnet sich im Vergleich zur bestehenden Versorgung durch die Übernahme von koordinierenden Leistungen durch eine nicht-ärztliche koordinierende Person als Grundlage für eine kooperative Behandlung der verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V sowie anderer Sozialgesetzbücher aus. Die grundlegenden Vernetzungsleistungen ermöglichen einen geeigneten Austausch beispielweise in Form von Fallbesprechungen, an der auch weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer teilnehmen können, die keine bezugsärztliche oder – psychotherapeutische Tätigkeit übernehmen. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die hingegen bezugsärztlich tätig werden möchten, haben eine formale Ausgestaltung der Tätigkeit der nicht-ärztlichen koordinierenden Person entsprechend der Regelungen des § 11 in einem Kooperationsvertrag vorzunehmen.

Absatz 6:

Die Vorgabe gemäß Absatz 5, einen Kooperationsvertrag zu schließen, wird zum weiteren Vorgehen in Absatz 6 präzisiert. So wird hier vorgesehen, dass der Kooperationsvertrag der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen ist. Diese überprüft die Erfüllung der Vorgaben gemäß der Richtlinie und genehmigt bei Vorliegen die Erbringung bezugsärztlicher oder - psychotherapeutischer Leistungen.

Da die Erfüllung der bezugsärztlichen Tätigkeit nur in Zusammenarbeit mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person möglich ist und die koordinierende Tätigkeit der nicht-ärztlichen koordinierenden Person mit der Bezugsärztin, dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin, dem Bezugspsychotherapeuten den Unterschied zur derzeit

bestehenden Regelversorgung bildet, kann diese Leistung nicht mehr erbracht werden, wenn der Kooperationsvertrag durch eine Seite beendet wird. Dies ist daher der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen und beendet die bezugsärztliche oder -psychotherapeutische Tätigkeit der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers; die Fortsetzung der Behandlung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der bereits bestehenden Versorgung bleibt davon unberührt.

Absatz 7:

Absatz 7 skizziert die insbesondere in §§ 10 und 11 konkreter ausgestaltete Vorgehensweise der Versorgung nach dieser Richtlinie. Die Regelungen sehen vor, dass die verschiedenen Leistungsbestandteile in einem Gesamtbehandlungsplan zusammengeführt werden; zudem ist im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit vorgesehen, dass die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absätzen 1 und 2 an den Fallbesprechungen für die Patientinnen und Patienten, die sie behandeln, teilnehmen können. Teilweise kann hier auch eine Abstimmung mit Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher erforderlich sein, weil die verschiedenen Ziele in Einklang gebracht werden sollen; daher ist auch für diese eine Teilnahme vorgesehen. In Abgrenzung zu der Versorgung gemäß SGB V ergeben sich jedoch keine Verpflichtungen beispielsweise für die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten daraus, da keine Weisungskompetenz durch diesen Austausch etabliert wird, und auch eine Kostenübernahme für Leistungen anderer Sozialgesetzbücher durch die Akteure des SGB V ist damit nicht verbunden.

Absatz 8 und Absatz 9:

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person auch bezugsärztlich oder bezugspsychotherapeutisch tätig werden wollen, übermitteln der jeweiligen KV und Krankenhausgesellschaft dieses Angebot sowie ihre Erreichbarkeit. Diese Angaben werden zusammen mit den Daten zur Kontaktaufnahme für Patientinnen und Patienten sowie für eine optimale Vernetzung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Internet durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt. Da diese Daten auch abrechnungsrelevant für die Gesetzlichen Krankenkassen sind, wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bei Änderungen (d.h. beim Hinzukommen oder bei Beendigung der bezugsärztlichen oder bezugspsychotherapeutischen Versorgung) ein aktualisierter Abzug in maschinenlesbarer Form übermittelt.

2.1.5 § 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

Absatz 1:

Ein zentrales Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Implementierung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, welche bzw. welcher die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile der Versorgung nach dieser Richtlinie trägt.

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 Menschen. Deshalb wird für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Absatz 1 eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt bzw. eine

Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut etabliert, die oder der für die Dauer der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie als feste Ansprechpartnerin oder fester Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Sie oder er ist verantwortlich dafür, dass die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt sind und entsprechend des Gesamtbehandlungsplans ineinandergreifen. Die Rolle kann durch die in § 4 Absatz 1 genannten Fachärztinnen und Fachärzte oder psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten übernommen werden. Voraussetzung ist, dass diese als Leistungserbringer über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 delegieren können. Statt eines vollen Versorgungsauftrages ist bei einem über eine Anstellungsgenehmigung angestellten Fachärztin oder Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten eine Vollzeittätigkeit erforderlich. Diese Anforderungen sind geboten um sicherzustellen, dass die in § 7 definierten Leistungen erfüllt werden können.

Vor dem Hintergrund der in der ambulanten Versorgung bestehenden Versorgungsstrukturen insbesondere bei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ist für die Betreuung der Patientinnen und Patienten aufgrund des inhaltlichen und zeitlichen sowie fachlichen Umfangs der Versorgung ein voller Versorgungsauftrag im Sinne des § 19a Absatz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung erforderlich, d.h. mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte. Reduzierte Versorgungsaufträge sind häufig auf feste Zeiten - auch aufgrund weiterer beruflicher Verpflichtungen – festgelegt. Die erforderliche Flexibilität der Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe oder möglicher Krisenzustände kann mit einem reduzierten Versorgungsauftrag nicht gewährleistet werden. Insbesondere um eine Behandlungskontinuität und gute Erreichbarkeit auch in möglichen Krisensituationen zu sichern, soll ferner durch die Regelung erreicht werden, dass eine Patientin oder ein Patient sich nicht ersatzweise an eine andere Fachärztin oder an einen anderen Facharzt oder eine andere Psychotherapeutin oder einen anderen Psychotherapeuten wenden muss, die bzw. der ihr oder ihm nicht wie die Bezugsärztin bzw. der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut vertraut ist. Eine zentrale Anforderung an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist eine gute Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen sowie die Ermöglichung zeitnaher Termine für Eingangssprechstunden und differenzialdiagnostische Abklärung. Dies kann bei eingeschränkten Versorgungsaufträgen nicht immer sichergestellt werden; Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit einem halben Versorgungsauftrag sind beispielsweise gemäß den Regelungen des Bundesmantelvertrags zu mindestens 12,5 Sprechstunden wöchentlich verpflichtet. Diese Sprechstunden werden häufig auf wenige Tage in der Woche verteilt, so dass es zu deutlichen Lücken in der Erreichbarkeit kommen kann. Im Rahmen von Anstellungsverhältnissen kann die Arbeitszeit zudem auf weniger als 10 Stunden pro Wochen sinken (vgl. § 51 Absatz 1 BPL-RL). Weiterhin ist es zwingend erforderlich, dass die nichtärztliche koordinierende Person in enger Abstimmung mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten steht, insbesondere um die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans sicherzustellen. Die Anforderungen sind zudem verhältnismäßig, da eine Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sowohl für Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich ist, ohne diese besonderen Anforderungen erfüllen zu müssen.

Es ist nicht notwendig, dass alle erforderlichen Leistungen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten selbst erbracht werden. So kann diese Rolle durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder

einen Psychologischen Psychotherapeuten auch dann wahrgenommen werden, wenn beispielsweise eine erforderliche Verordnung einer medikamentösen Versorgung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt des Netzverbundes im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans vorgenommen wird. Einschlägige berufsrechtliche und vertragsarztrechtliche Grenzen von Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von den Bestimmungen dieser Richtlinie unberührt. Die Regelungen in § 5 Absatz 1 Satz 2 dieser Richtlinie verweisen in diesem Kontext auf die verschiedenen durch diese Richtlinie definierten Leistungen; diese werden den geeigneten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie der nichtärztlichen koordinierenden Person zugeordnet.

Absatz 2:

Absatz 2 regelt, dass auch in der Psychiatrischen Institutsambulanz eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus tätige Fachärztinnen und Fachärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sofern sie die Qualifikationsvorgaben erfüllen, die Rolle und Tätigkeit der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernehmen können. Es gelten die oben genannten Voraussetzungen entsprechend, wobei hier eine Vollzeitstelle zur Sicherstellung der Erreichbarkeit heranzuziehen ist. Psychiatrische Institutsambulanzen verfügen in der Regel bereits über interdisziplinäre Teams, die Versorgung der Patienten erfolgt daher innerhalb der PIA bereits stark vernetzt und koordiniert. Aus diesem Grunde ist im Rahmen der Vereinbarungen auf Landesebene zu prüfen, ob ggf. bestehende Koordinationsleistungen bereits Bestandteile enthalten, die in der PIA bereits erbracht und vergütet werden. Dies kann insbesondere bei einer Pauschalvergütung der Fall sein, es ist aber auch denkbar, dass dies im Rahmen der Einzelvergütung stattfindet. Die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz sind im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie als Ausgangspunkt zu verstehen; so ergänzen die Leistungen dieser Richtlinie die Tätigkeit der PIA insbesondere, wenn beispielsweise Koordinationsleistungen über die Sozialgesetzbücher hinweg erforderlich sind und Fallbesprechungen mit weiteren Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern erforderlich werden.

Absatz 3:

Die Festlegung, dass eine erkrankte Person, deren Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie nach diagnostischer Abklärung festgestellt wurde, in die Versorgung nach dieser Richtlinie gelangt, erfolgt durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten in der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 1 Nr. 1. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut erstellen den Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung. Diese Festlegung 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 Bezugsärztin 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 4:

In Absatz 4 werden die Aufgaben der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten bestimmt.

Zu 1.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt auf Basis der diagnostischen Abklärung und in Abstimmung mit

der Patientin oder dem Patienten den Gesamtbehandlungsplan auf. Der Gesamtbehandlungsplan sollte in regelmäßigen Zeitabständen im Hinblick auf die Krankheitsentwicklung der Patientin oder des Patienten einer Prüfung unterzogen und ggf. angepasst werden. Die nichtärztliche koordinierende Person ist hierbei einzubeziehen, da diese für das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, beispielsweise durch Terminvereinbarungen oder Motivierung der Patientin oder des Patienten zur Inanspruchnahme der Krankenbehandlung, verantwortlich ist.

Zu 2.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut hat die Behandlung unverzüglich einzuleiten; entsprechend des patientenindividuellen Behandlungsbedarfs sind auch (teil-)stationäre oder stationsäquivalente Maßnahmen zu veranlassen.

Zu 3.:

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

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 dieser Kinder und Jugendlichen 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, sondern auch für die Behandlungsplanung eine besondere Herausforderung dar.

Absatz 1:

In Absatz 1 wird eine Vorgabe zur Verortung der Koordinationsfunktion getroffen. Die damit verbundenen, zeitaufwändigen Tätigkeiten wie die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen soll dabei nicht von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten selbst wahrgenommen werden, daher wird die Koordinationsfunktion durch diese oder diesen an eine der in Absatz 2 genannten nichtärztlichen Berufsgruppen übertragen, also angeordnet und weiterhin verantwortet.

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 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 Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt der der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten bereichert das Spektrum der Betreuungsmöglichkeiten und der 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.

Absatz 2:

In Absatz 2 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die die Koordinationsfunktion übernehmen können. Bei den in Nummer 1. und 2. genannten Berufsgruppen wird eine bestehende Qualifikation bei der Behandlung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten vorausgesetzt. Da es sich insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen um komplexe Krankheitsbilder handelt, ist darüber hinaus bei den genannten Berufsgruppen der Nummern 3. bis 8. eine fachspezifische Zusatzqualifikation die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Erkrankungen belegt (beispielsweise die Fortbildung „Neurologie und Psychiatrie“ für Medizinische Fachangestellte der Bundesärztekammer), oder alternativ eine zweijährige einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich erforderlich. Bei der Berufserfahrung können Ausbildungszeiten berücksichtigt werden. Weitere konkretisierende Vorgaben zur Ausgestaltung der Zusatzqualifikation erfolgen nicht, die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen erfolgt im Genehmigungsverfahren nach § 4 Absatz 5. 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 Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen, Kindheitspädagogien und Kindheitspädagoginnen, Entwicklungspädagogen und Entwicklungspädagoginnen mit ihren erworbenen Kompetenzen geeignet, die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen bei der Koordinierung zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Inklusionspädagogen und Inklusionspädagoginnen, die einen besonderen Fokus auf Teilhabe und Inklusion mit heilpädagogischen Inhalten haben. Darüber hinaus arbeiten bspw. auch Pflegepädagogen und Pflegepädagoginnen 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 gut geeignet, Aufgaben in diesem Bereich zu übernehmen. Ein weiteres Beispiel sind die Gesundheitspädagogen und Gesundheitspädagoginnen. Durch ihre Kompetenzen fördern sie darüber hinaus das Gesundheitsbewusstsein und haben fundierte Kenntnisse in der gesundheitlichen Pädagogik und Beratung.

2.1.7 § 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Absatz 1:

In § 7 werden die Zuständigkeiten der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen und die damit entstandenen neuen Leistungen definiert. Im Gegensatz zur der Komplexversorgung bei Erwachsenen sind bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen keine Netzverbünde geplant. Die Leistungserbringer gem. § 4 sollen zeitnah die erforderlichen Leistungen erfüllen können, dafür sieht die Ausgestaltung der ergänzenden Leistungen gemäß § 7 koordinierende, kooperierende und Interdisziplinarität stärkende Elemente vor, die bei der Erwachsenen-Richtlinie durch die Netzstrukturen angestoßen werden. Die nichtärztliche koordinierende Person gem. § 6 übernimmt in diesem Zusammenhang eine individuelle Fallbegleitung gem. § 11.

Da viele Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen häufig nicht nur ambulante Behandlungsangebote benötigen, sondern auch stationäre Aufenthalte erforderlich sein können, ist nicht nur eine interdisziplinäre, sondern auch eine sektorübergreifende Zusammenarbeit und Koordination der Versorgung von besonderer Bedeutung. Diese sowohl berufsgruppen- als auch sektorübergreifende Zusammenarbeit gilt es zu koordinieren und zu organisieren und zu gewährleisten, dass alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer inkl. der Patientin oder dem Patienten auf einem vergleichbaren Informationsstand über die Behandlung sind und die Zielsetzung harmonisiert ist.

Die Behandlung und die damit verbundene Koordination und Organisation der Komplexversorgung soll im Zusammenspiel zwischen Bezugsärztin/-arzt bzw. Bezugstherapeutin/-therapeut, welche bzw. welcher für die inhaltliche Ausgestaltung des Gesamtbehandlungsplans gem. § 14 dieser Richtlinie Sorge trägt, und nicht-ärztlicher koordinierender Person, welche für die individuelle Fallbegleitung und Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans gem. § 11 dieser Richtlinie verantwortlich ist, erfolgen.

Die Gewährleistung einer strukturierten und koordinierten Komplexversorgung macht es erforderlich, über die bereits in der Versorgung geregelten psychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnostik- und Behandlungsleistungen von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gem. § 4 dieser Richtlinie hinauszugehen und ergänzende interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierende Leistungen zu schaffen. Diese Leistungen werden in Absatz 2 definiert.

Absatz 2:

Absatz 2 regelt, dass die bereits im SGB V bestehenden Diagnostik- und Behandlungsleistungen um weitere für die neue Versorgung spezifische Leistungen ergänzt werden. Zu diesen Leistungen gehört der Beginn der Behandlung in dieser Versorgung (Patientenaufnahme), die individuelle Fallbegleitung (Koordination der Versorgung), die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes, interdisziplinäre Fallbesprechungen und die Verlaufskontrolle.

Diese Leistungen weisen per se schon einen hohen Grad der Interdisziplinarität auf, dies wird noch einmal erweitert, indem ausgeführt wird, dass zudem Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher bei Bedarf berücksichtigt werden sollen. Aus dieser Zusammenarbeit ergeben sich jedoch keine Verpflichtungen für die verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bzw. –träger. 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.

Zu 1.:

Mit der Patientenaufnahme beginnt die Versorgung nach dieser Richtlinie. So sind unter diesem Punkt 1 die dazugehörigen Kernelemente für die Patientenaufnahme noch einmal aufgegliedert und näher geregelt. Wesentlich sind dabei die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin oder des Patienten (a), die Besprechung der zusammengetragenen ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde (b), die Information der Patientin oder des Patienten über weitere an der Behandlung beteiligte Leistungserbringer und Einrichtungen (c), und die Anzeige der Aufnahme in die Versorgung nach dieser Richtlinie an die Krankenkasse (d).

Die Versorgung soll auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten erfolgen. Daher ist es wesentlich, dass bei der Patientenaufnahme die Patientin oder den Patienten in einer auf das Alter bzw. dem jeweiligen Entwicklungsstand angepassten Sprache durch Bezugsärztin/-arzt oder Bezugspsychotherapeutin/-therapeuten die Struktur und der Inhalt bzw. das Ziel und der Zweck der Komplexversorgung nähergebracht und erläutert wird (a). Dazu gehört auch die Besprechung der ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde mit der Patientin oder dem Patienten (b) und die Information über die voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bzw. Einrichtungen einschließlich des Austausches mit der Patientin oder dem Patienten zur Erforderlichkeit des Austausches relevanter patientenbezogener Informationen (c). Je nach Entwicklungsstand ist die Einwilligungsfähigkeit zu klären und ggfs. die minderjährige Patientin oder der Patient selbst aufzuklären, sowie außerdem auch Sorgeberechtigte.

Schließlich ist im Unterpunkt d festgelegt, dass die Patientenaufnahme unverzüglich der Krankenkasse auf einem standardisierten Vordruck anzuzeigen ist. Notwendige Informationen sind die Angabe der lebenslangen Arztnummer, die numerische Kennzeichnung der Versicherten und der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten, die Diagnose sowie das Datum des Behandlungsbeginns, das Datum bei Behandlungsende sowie ggfs. im weiteren Verlauf der Behandlung die Angabe des Wechsels der Bezugsärztin bzw. des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugstherapeuten.

Zu 2.:

Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der verschiedenen individuell möglichen Behandlungspfade (d.h. hinsichtlich der Behandlungsabfolge, -terminierung, -inhalte und der Abstimmung der Verantwortlichkeiten) beinhaltet Anteile, die über die vorhandenen SGB V Leistungen hinausgehen. Daher wird im Punkt 2 klargestellt, dass die Aufgaben, die zur Koordination dieser Versorgung durch die nicht-ärztliche koordinierende Person nach § 6 der Richtlinie gehören, sich auf die Leistungen des SGB V konzentrieren, und damit abzugrenzen sind von Leistungen, die in anderen Sozialgesetzbüchern geregelt sind. Eine Abstimmung mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern anderer Sozialgesetzgeber ist jedoch – sofern erforderlich – anzustreben.

Die spezifischen Leistungen der Koordination und individuellen Fallbegleitung sind in § 11 der Richtlinie definiert.

Zu 3.:

Die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans wird neu als Leistung in der Versorgung nach dieser Richtlinie definiert, da es sich, wie unter § 10 dargestellt, um einen komplexen Prozess handelt, der unter 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 Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugstherapeutin oder den Bezugstherapeuten erstellt und auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichtet – auch unter Einbezug weiterer an der Behandlung beteiligter Leistungserbringer des SGB V. Bei Bedarf sollen auch Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher mit in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden. Das Nähere zur Erstellung des Gesamtbehandlungsplans ist unter § 10 festgelegt.

Zu 4.:

Zur Gewährleistung der effektiven Versorgung nach dieser Richtlinie sind regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen für jede Patientin und jeden Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf erforderlich, die hierfür als neue Leistung geschaffen wird. Die patientenorientierten Fallbesprechungen unter Einbeziehung der an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und 2 sollen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. Hierbei können auch Telekonsile oder Videokonsultationen im vertragsarztrechtlich und berufsrechtlich zulässigen Maße genutzt werden. Im Rahmen der Fallbesprechungen müssen nicht die Behandlungen aller Patientinnen und Patienten gleichermaßen ausführlich besprochen werden; vielmehr erfolgt eine Auswahl auf Grund der Aktualität und der spezifischen Behandlungsproblematik. Die Ergebnisse der Fallbesprechung sind bei der Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes zu berücksichtigen.

Zu 5.:

Um eine bestmögliche Behandlung der Patientinnen und Patienten zu erreichen, sind regelmäßige Verlaufskontrollen für die Versorgung nach dieser Richtlinie als zusätzliche Leistung notwendig. Verlaufskontrollen sind in § 14 dieser Richtlinie näher geregelt. So ist vorgesehen, dass die Überprüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie jeweils halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugstherapeutin oder den Bezugstherapeuten nach § 5 Abs. 1 zu prüfen ist. Ferner ist festgelegt, dass die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen ist.

2.2 B. Patientenversorgung

2.2.1 § 8 Zugang

Vorbemerkung:

Die in § 8 getroffenen Regelungen regeln den Zugang der Kinder und Jugendlichen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen in die Versorgung nach dieser Richtlinie. Im Rahmen der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss wurden verschiedene Anhörungen zu dem in dieser Richtlinie ausgestaltetem 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 den verschiedenen Versorgungssystemen (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. Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird der Zugang zu dieser Versorgung zudem für die Patientinnen und Patienten, die bisher noch keine Behandlung wahrgenommen haben in Absatz 2 geregelt.

Absatz 1:

Die Regelungen in Absatz 1 machen deutlich, dass beim Vorliegen von den Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Behandlung gemäß der Richtlinie erfolgen kann. Hierfür ist eine Patientenaufnahme durchzuführen, die den Vorgaben gemäß § 7 Absatz 2 Nr. 1 entsprechen muss. Die die Behandlung übernehmende Ärztin oder der Arzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut übernehmen damit die bezugsärztliche bzw. –psychotherapeutische Rolle; sie werden in ihrer Tätigkeit durch die nichtärztliche koordinierende Person unterstützt.

Absatz 2:

Für den Zugang in die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf es einer Überweisung oder Empfehlung in die Versorgung nach dieser Richtlinie, wenn der Erstkontakt nicht bei einer bezugsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Leistungserbringerin oder Leistungserbringer erfolgt. Der Zugang über eine Empfehlung wurde ergänzend gewählt, da diese von allen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Krankenhäusern sowie jugendpsychiatrischen Diensten ausgesprochen werden kann und trotzdem eine klare Rechtsfolge für die Regelung in Absatz 5 entsteht.

Absatz 3:

Um die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu dieser Versorgungsform zu gewährleisten, kann eine Überweisung oder Empfehlung durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Sozialpsychiatrische Dienste sowie ermächtigten Einrichtungen erfolgen.

Die Möglichkeit der Empfehlung durch Jugendpsychiatrische Dienste trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass manche Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, zunächst nicht bei Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten vorstellig werden, sondern den Zugang über die Jugendpsychiatrischen Dienste finden. Der niedrigschwellige Zugang ist für die in dieser Richtlinie adressierten Patientinnen und Patienten unentbehrlich und daher möglichst vielfältig zu ermöglichen. Jugendpsychiatrische Dienste verfügen über eine differenzierte Kenntnis des psychiatrischen Hilfesystems und können daher als Wegweiser dienen.

Durch die Aufnahme des Jugendpsychiatrischen Dienstes als empfehlungsberechtigte (Absatz 2) und für die Terminvermittlung zuständige (Absatz 5) Stelle erfolgt die Einbindung desselben in die Versorgung nach dieser Richtlinie unter Zugrundelegung der für diese anderweitig gesetzlich vorgegebenen Kompetenzen. Jugendpsychiatrische Dienste werden demgemäß durch diese Richtlinie nicht über die für ihre gesetzlich festgelegten Aufgaben geltenden Vorgaben hinaus gebunden.

In den jeweiligen für diese geltenden Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) der einzelnen Bundesländer ist zwar eine Pflicht der Jugendpsychiatrischen Dienste zur Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nicht speziell in Bezug auf diese Richtlinie angelegt. Zur Aufgabe des Jugendpsychiatrischen Dienstes zählt jedoch die Gewährung von Hilfen für psychisch erkrankte Personen. Die Art der Hilfen richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls. In einzelnen PsychKG wird ausdrücklich die Vermittlung von Hilfen, z.B. einer frühzeitigen ambulanten Behandlung, erwähnt. Insoweit ist dem Aufgabenkreis des Jugendpsychiatrischen Dienstes diese Form der Hilfestellung für die betroffenen Personen immanent. Der Jugendpsychiatrische Dienst kann somit erforderlichenfalls sowohl eine Empfehlung für die Versorgung der Patienten nach dieser Richtlinie aussprechen als auch eine Terminvereinbarung für den Patienten vornehmen, wobei diese Art der Hilfe für die Patienten nach § 2 nicht zuletzt wegen des sektorenübergreifenden Ansatzes der Versorgung nach dieser Richtlinie sogar in besonderem Maße geeignet erscheint.

Absatz 4:

In Absatz 4 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 3 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patentinnen 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 5:

In Absatz 5 wird die Vorgabe getroffen, dass durch die Ärztin oder den Arzt, die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten oder die Einrichtung, die eine Überweisung oder Empfehlung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ausspricht, unmittelbar einen Termin für einen Erstkontakt vereinbart wird. Im Sinne einer bestmöglichen Abstimmung mit der Patientin und dem Patienten bzw. Sorgeberechtigten und einer informierten Entscheidung soll eine Übersicht mit geeigneten Versorgungsangeboten zur Verfügung gestellt werden. 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 von der überweisenden oder empfehlenden Leistungserbringerin oder dem überweisenden oder empfehlenden Leistungserbringer der Termin vereinbart werden, welcher in der Regel innerhalb von 7 Werktagen nach Überweisung oder Empfehlung stattfindet. Voraussetzung für die Vereinbarung des Termins ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten vorab.

Zur Terminvereinbarung kann auch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 14 SGB V in Anspruch genommen werden, die seit dem Inkrafttreten der Änderungen durch das Gesetz zu Reform der Psychotherapeutenausbildung zum 1. September 2020 auch Termine für die Versorgung nach dieser Richtlinie vermittelt.

Absatz 6:

Gerade für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist die Frage der Einwilligungsfähigkeit von erheblicher Bedeutung. Hiervon abhängig ist die Frage, wer eine wirksame Einwilligung, sei es die datenschutzrechtliche Einwilligung oder die Einwilligung in medizinische Maßnahmen, treffen kann. Die nunmehr geschaffene Regelung in Absatz 6 soll zum einen die Konsistenz zur Erwachsenenregelung wahren, zum anderen aber auch die Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenversorgung im Rahmen der bestehenden komplexen gesetzlichen überwiegend zivilrechtlichen Regelungen, aber z.B. auch der berufsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Regelungen, berücksichtigen.

Im Rahmen der Versorgung der KSVPsych- RL für Erwachsene hat die Aufklärung in "allgemeinverständlicher" Sprache zu erfolgen. Da im Bereich der Minderjährigenversorgung die Wortwahl auch aufgrund der vielschichtigen Altersstruktur der Patienten nicht angemessen erschien, soll die Aufklärung in Anlehnung an die Formulierung in § 630e Abs. 2 BGB in für den individuellen Patienten verständlicher Sprache erfolgen. Dies verlangt von dem aufklärenden und die Einwilligung einholenden Leistungserbringer, dass die Aufklärung für den konkreten Patienten sprachlich und inhaltlich verständlich zu formulieren ist, wobei die Anforderungen empfängerorientiert auszurichten sind. Die Aufklärung ist an den körperlichen, geistigen und seelischen Zustand des betroffenen Patienten anzupassen. Gleiches gilt für die Aufklärung des ansonsten zur Einwilligung Berechtigten, wie z.B. die Personensorgeberechtigten.

Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird zunächst als Regelfall davon ausgegangen, dass die Personensorgeberechtigten (zumeist die Eltern) in die Versorgung einbezogen werden. Es ist auch denkbar, dass eine Einbeziehung der Sorgeberechtigten oder auch sonstiger relevanter Bezugspersonen des sozialen Umfelds weder rechtlich noch medizinisch erforderlich erscheint, der Minderjährige dies aber wünscht. Auch für diese Fälle ist die Einwilligung des Patienten einzuholen, bzw. im Falle der Einwilligungsunfähigkeit die Einwilligung des hierzu Berechtigten.

Mit Blick auf die Eigenzuständigkeit Minderjähriger im Bereich ärztlicher Heileingriffe herrscht Uneinigkeit. Für die entscheidende Frage der Einwilligungsfähigkeit, d.h. ob Wesen und Tragweite der ärztlichen Maßnahme für den Minderjährigen absehbar sind und der entsprechende Wille danach ausgerichtet werden kann, bestehen keine festen Altersgrenzen, sodass die Antwort auf die Frage patientenindividuell vom jeweiligen Leistungserbringer beantwortet werden muss. Neben der Einwilligungsfähigkeit des konkreten Minderjährigen wird zum Teil darüber hinaus noch die Zustimmung der Eltern/ Sorgeberechtigten im Sinne eines Co-Konsens gefordert. Es wird auf die geltenden gesetzlichen Regelungen und Grundsätze über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten verwiesen, die auch in den jeweiligen Musterberufsordnungen Eingang gefunden haben.

2.2.2 § 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

Absatz 1:

In Absatz 1 ist festgelegt, dass die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten auf einem gestuften Versorgungsmodell beruht. So ist vorgesehen, dass auch zukünftig die in der Versorgung bereits zur Krankenbehandlung vorgesehenen Diagnostik- und Behandlungsleistungen Anwendung finden, zudem werden diese Leistungen - bei Erfüllen der Voraussetzungen gemäß dieser Richtlinie - ergänzt durch zusätzliche Leistungen der für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Diese Strukturierung bringt zentrale Vorteile mit sich, da die verschiedenen etablierten Diagnostik-, Behandlungs- bzw. Gesprächsleistungen Einsatz finden und bewährte Strukturen, beispielsweise im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie, nicht in Frage gestellt werden.

Die verschiedenen Versorgungsbestandteile der bereits bestehenden Regelversorgung und der ergänzenden Leistungen gemäß dieser Richtlinie müssen inhaltlich verknüpft sein und die Adhärenz der Patientin oder des Patienten soll insbesondere durch die nichtärztliche koordinierende Person bestärkt werden.

Der Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie wird mit der Patientenaufnahme gem. § 7 Absatz 2 Nr. 1 gesetzt, damit erfolgt die Festlegung der aufnehmenden Leistungserbringerin oder des aufnehmenden Leistungserbringers als Bezugsärztin/-arzt oder Bezugspsychotherapeutin/-therapeut.

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 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 Jugendliche 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 schweren psychischen Störungen neben der eigentlichen Krankenbehandlung oftmals auch Unterstützung in weiteren Bereichen erforderlich machen. Hierbei kann insbesondere auf die nachfolgenden Einrichtungen und Angebote verwiesen werden, z.B.:

- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste bei Gesundheitsämtern,
- Erziehungsberatung und Sozialpädagogische Familienhilfe (§§ 28 und 31 SGB VIII),
- Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung für Jugendliche (§ 35 SGB VIII),
- Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung (§ 35 a SGB VIII),
- Früherkennung und Frühförderung (§ 46 SGB IX),
- Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Gemeindepsychiatrische Verbünde und ähnliche durch Landesrecht vorgesehene Verbünde oder Arbeitsgemeinschaften,

- Beratungsstellen in freier Trägerschaft, z.B. Kinderschutzbund, Jugendberatungsstellen, Psychosoziale und Suchtberatungsstellen für Jugendliche, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Fachberatungsstellen für Krisenintervention und Suizidprävention
- Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
- Bei Heranwachsenden ggfs. auch Werkstätten für psychisch kranke Menschen,
- Selbsthilfegruppen für Kinder und Jugendliche.

Absatz 4:

In diesem Absatz ist festgelegt, dass eine parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ausgeschlossen ist. Die Regelung zielt dabei 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. Zudem kann beispielsweise eine unkoordinierte, doppelte Verordnung des gleichen Heilmittels durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer natürlich auch unterschiedliche Zielsetzungen haben und nicht mehr im Einklang mit dem Gesamtbehandlungsplan stehen. Darüber hinaus widerspricht eine doppelte Verordnung derselben Maßnahmen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Davon unberührt bleiben bereits begonnen Behandlungen, die zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung nach den Vorgaben des § 3 Absatz 12 fortgesetzt werden.

Darüber hinaus wird ein Ausschluss von Leistungen nach dieser Richtlinie und Leistungen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) oder der berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke 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 gem. § 3 ist hierbei zu berücksichtigen.

Im Sinne einer strukturierten und koordinierten Versorgung ist daher der Beginn sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin/-arzt oder die Bezugspsychotherapeutin/-therapeut in der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nr. 1 sowie bei Beendigung gemäß Nr. 5b unverzüglich anzuzeigen, da nur durch die Krankenkasse zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob bereits eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt. Diese Anzeigepflicht besteht auch im Fall eines Wechsels der Bezugsärztin bzw. des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin bzw. des Bezugspsychotherapeuten z.B. im Falle eines Umzuges der Patientin oder des Patienten.

2.2.3 § 10 Gesamtbehandlungsplan

Vorbemerkung:

Menschen insbesondere mit 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. 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 diagnostischen Abklärungen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten unter Einbeziehung und Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten sowie der Sorgeberechtigten zu erstellen ist. Ebenfalls in die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans einzubeziehen sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 und 2 und die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6. Soweit erforderlich sollte daneben eine Abstimmung mit weiteren im Rahmen der Behandlung relevanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erfolgen. Bei Bedarf sind relevante Bezugspersonen einzubeziehen.

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 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 lernen die Patientin oder den Patienten kennen und 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 Abs. 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 3.

Absatz 2:

Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele und umfasst insbesondere alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln und psychiatrisch häuslicher Krankenpflege für das Kind oder den Jugendlichen mit schwerer psychischer Erkrankung.

Im Gesamtbehandlungsplan erfolgt in Abstimmung mit der Patientin und des Patienten auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person nach § 6.

Im Gesamtbehandlungsplan können auch Einrichtungen außerhalb des SGB V genannt werden, die nach § 4 Abs. 3 Berücksichtigung finden.

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 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten angepasst werden. Hierdurch soll 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.

Bei Anpassungen des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob weiterhin oder erstmalig ein somatischer Anteil der Erkrankung im Vordergrund steht.

2.2.4 § 11 Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade

Absatz 1:

Ein weiteres wichtiges Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade, denn insbesondere Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen und damit zusammenhängenden psychosozialen Beeinträchtigungen sind hierauf in besonderem Maße angewiesen. Die spezifischen Aufgaben der individuellen Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungsbedarfe sind daher in § 11 festgelegt.

Um eine kontinuierliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen und komplexem Behandlungsbedarf zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass eine persönliche Kontinuität über die verschiedenen Leistungen 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.

Daher soll die nichtärztliche koordinierende Person für einen Informationsfluss zwischen den verschiedenen Leistungserbringern des SGB V, zwischen den Sektoren und den komplementären Behandlungen und Teilhabemaßnahmen aus anderen Sozialgesetzbüchern, soweit möglich, organisieren. Die nichtärztliche koordinierende Person organisiert die verschiedenen für die Versorgung notwendigen Termine und führt die verschiedenen Behandlungsfäden zusammen, damit die Ziele des Gesamtbehandlungsplan umgesetzt und erreicht werden können.

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. Zu den weiteren Aufgaben gehören daher auch das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten im häuslichen Umfeld und bei Bedarf das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld.

Absatz 2:

In diesem Absatz ist geregelt, dass die nichtärztliche koordinierende Person im Rahmen der individuellen Fallbegleitung die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplan realisiert bzw. nachhält. Dazu gehört, dass die nichtärztliche koordinierende Person für einen kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen allen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern Sorge trägt. Eine der wesentlichen Koordinationsaufgaben der nichtärztlichen koordinierenden Person ist es daher, als Ansprechpartner für die Patientin oder den Patienten und ihrer bzw. seiner Sorgeberechtigen zu Verfügung zu stehen, einen regelmäßigen Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten aufrechtzuhalten, und die Behandlungsmotivation des Kindes oder des Jugendlichen zu fördern. Zur Erfüllung dieser Aufgabe ist in Absatz 1 vorgesehen, erforderlichenfalls wöchentlich telefonisch oder persönlich mit der Patientin oder dem Patienten 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.

Absatz 3:

Um eine strukturierte und kontinuierliche Versorgung nach dieser Richtlinie zu gewährleisten, ist eine gute Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen erforderlich. Es ist wichtig, dass diese organisatorischen Tätigkeiten zentral, von einem festen Ansprechpartner, gesteuert werden. Daher ist in Absatz 2 geregelt, dass für diese spezifischen Aufgaben die nichtärztliche koordinierende Person zuständig und verantwortlich ist.

Absatz 4:

Um eine strukturierte Komplexversorgung zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass die für die Versorgung notwendigen und im Gesamtbehandlungsplan aufgestellten verschiedenen medizinischen, psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen, krankenpflegerischen, ergotherapeutischen Leistungen mit Leistungen anderer relevanten Einrichtungen und Dienste (z.B. kinderpsychiatrische Dienste, Jugendamt, Eingliederungshilfe, Kindergarten, schulpsychologischer Dienst) aufeinander abgestimmt und an den individuell vorliegenden Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichtet werden.

Daher ist in Absatz 4 geregelt, dass die individuelle Fallbegleitung auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit (d.h. den Aufbau von Kommunikationswegen und die Schaffung von niedrigschwelligen Abstimmungsmöglichkeiten) mit den Bezugspersonen des Kindes oder Jugendlichen sowie mit relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher beinhaltet. 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 Sozialgesetzgeber hinaus und die Unterstützung der sozialen Inklusion umfassen.

Absatz 5:

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen beinhaltet oftmals eine Vielzahl verschiedener ambulanter und stationärer Leistungen. Je nach psychischer Erkrankung, psychischen Zustand und damit verbundenen psychosozialen Beeinträchtigungen können unterschiedliche Leistungen erforderlich sein. Bei der Navigation durch diese verschiedenen Leistungen und Behandlungspfade bedarf es einer kontinuierlichen persönlichen Unterstützung und Begleitung der Patientin oder des Patienten und seines sozialen Umfeldes, mit dem Ziel, eine Versorgungskontinuität zu gewährleisten und Behandlungsabbrüche, insbesondere auch im Übergang von ambulanter und stationärer Versorgung, zu vermeiden. Daher ist in Absatz 5 vorgesehen, dass die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsucht und ggfs. auch Gespräche in dessen Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen einbeziehen kann.

Absatz 6:

Eine häufig bestehende Schwierigkeit bei insbesondere schweren psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist, dass aufgrund des eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus die kontinuierliche Fortführung einer Behandlung der Patientin oder Patienten erschwert ist bzw. nicht gelingt. Genau an dieser Stelle soll angesetzt werden, indem ein patientenindividuelles Rückmeldesystem mit dem Kinder oder Jugendlichen bzw. den Sorgeberechtigten erarbeitet wird, welches einerseits zur Förderung von Adhärenz führt und andererseits Handlungsoptionen aufzeigt, die die Resilienz stärken, damit das Kind oder der Jugendliche bzw. seine Sorgeberechtigten genau wissen, wie sie bei Problemen vorzugehen haben und an welche Ansprechpartner sie sich wenden können. Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens ist, dass transparent wird, wenn die Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten abbricht und entsprechend gegengesteuert und interveniert werden kann.

Absatz 7:

Zur Gewährleistung einer effektiven Versorgung nach dieser Richtlinie sind regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen für jede Patientin und jeden Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf erforderlich. Die Fallbesprechungen dienen des interdisziplinären Austauschs, dem Abgleich der erforderlichen Behandlungsleistungen in Bezug auf die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans sowie der Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer an der Komplexversorgung.

Absatz 7 legt fest, dass die Organisation der interdisziplinären Fallbesprechungen der koordinierenden nichtärztlichen Person obliegt, die selbst auch an den Fallbesprechungen teilnimmt, da sie als zentrale Ansprechperson für die Koordination der Komplexversorgung verantwortlich ist.

2.2.5 § 12 Telemedizin

In Anbetracht der sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten zur Nutzung der Telemedizin können die Beratung und Behandlung im Rahmen rechtlich zulässiger Einsatzmöglichkeiten auch durch Kommunikationsmedien ergänzt, beispielsweise in Form von Videosprechstunden, und durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Der Einsatz muss jeweils insbesondere berufs- und datenschutzrechtlich sowie sozialrechtlich, und unter Beachtung der für die jeweilige Leistung und die jeweiligen und Leistungserbringerinnen Leistungserbringer geltenden Regelungen zulässig sein.

2.2.6 § 13 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 § 13 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 festgelegt .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 Bezugsärztin 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.

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 einer Bezugsärztin oder einem Bezugsarzt bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder einem Bezugspsychotherapeuten herzustellen, die Entlassdiagnostik an diesen zu übermitteln sowie die Terminvereinbarung zur Eingangssprechstunde vorzunehmen. Der Termin hat innerhalb von sieben 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 einem solchen außerhalb der Richtlinie behandelnden oder versorgenden 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 Bezugsärztin 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.

2.2.7 § 14 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 Bezugsärztin 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 Versicherte 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 Bezugsärztin 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 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. Dies setzt voraus, dass weiterhin Behandlungsbedarf besteht. In diesem Fall erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut 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 Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.

2.3 C. Evaluation

2.3.1 § 15 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 dieser Richtlinie innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Beschlusses evaluiert und ggf. angepasst werden. Gegenstand der Evaluation ist die Frage, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele mit den getroffenen Regelungen erreicht werden konnten. Dabei sind auch mögliche Hindernisse der Umsetzung der Regelungen sowie unerwünschte Auswirkungen zu berücksichtigen.

Das von der Richtlinie geregelte integrative Versorgungskonzept umfasst eine Reihe von Maßnahmen und stellt eine komplexe Intervention dar, die auf ein übergeordnetes Ziel gemäß § 1 ausgerichtet ist. Für die Evaluation ist der Evaluationsgegenstand zu präzisieren, damit genaue Evaluationsfragestellungen abgeleitet werden können. Zudem sind die möglichen Datenquellen zu prüfen und daraus abzuleiten, ob eine Primärdatenerhebung (quantitativer und/ oder qualitativer Daten, längs- und/oder querschnittliche Erhebung) durchzuführen ist und welche Evaluationsfragestellungen mit Routinedatenanalysen beantwortbar sind.

Darüber hinaus sind folgende Aspekte zu beachten:

- Da die Implementierung und die Umsetzung der Richtlinie Zeit benötigen, ist zu prüfen, ob bei der Evaluation zwischen einer Initialphase und dem Regelbetrieb unterschieden wird.
- Bei der Formulierung der Evaluationsfragestellungen und der Ausarbeitung des Evaluationskonzepts und -designs ist der Vergleich der Versorgung nach dieser Richtlinie gegenüber den bestehenden Versorgungsformen (§ 1 Abs. 2) zu berücksichtigten.
- Zudem ist bei der Ausarbeitung des Evaluationskonzepts und -designs zu berücksichtigten, ob für die jeweilige Evaluationsfragestellung die bundesweite Ebene und / oder die regionale Ebene zu betrachten ist.

Aus den in § 1 genannten Zielen und Maßnahmen der Richtlinie leiten sich insbesondere folgende ggf. weiter zu präzisierende bzw. modifizierende Fragestellungen für die Evaluation ab:

- <u>Charakterisierung der Patientinnen und Patienten:</u>
    - Welche Diagnosen haben die Patientinnen und Patienten, die die Versorgung nach der Richtlinie in Anspruch nehmen? Wie sind die Patientengruppen darüber hinaus noch charakterisiert gegenüber der Versorgung mit den bestehenden Versorgungsformen?
    - Welche Leistungen (nach SGB V, aber auch außerhalb des SGB V) erhielten die Patientinnen und Patienten bevor sie nach der Richtlinie versorgt wurden?
- <u>Leistungserbringer, die nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung stehen</u>
    - Wie viele dieser Leistungserbringer gibt es bundesweit, wie ist deren Verteilung?
    - Wie viele dieser Leistungserbringer stellen sich als Bezugsärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut zur Verfügung?
    - Wie viele und welche Berufsgruppen stellen sich als Leistungserbringer nach den Regeln diese Richtlinie zur Verfügung?

- Im Zusammenspiel mit welchen Institutionen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 2 erbringen die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 mit Unterstützung der nichtärztlichen koordinierenden Person koordinative und kooperative Leistungen?
- Welche Berufsgruppen nehmen an den patientenorientierten Fallbesprechungen teil?
- Durch welche nichtärztliche Berufsgruppe wird die Koordination der Versorgung, übernommen?

- Zeitnahe Diagnostik- und Therapie:
  - Kann die Regel von sieben Werktagen zwischen Überweisung oder Empfehlung und Ersttermin eingehalten werden?
  - Kann die Regel von einem Monat zwischen Erstkontakt und der ersten Fallbesprechung im Rahmen der Behandlung der Richtlinie eingehalten werden?
- Behandlung:
  - Wird der Gesamtbehandlungsplan unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten erstellt, regelmäßig angepasst und eingehalten?
  - Welche Leistungen nach SGB V erhalten Patientinnen und Patienten, die nach dieser Richtlinie behandelt werden und welche Berufsgruppen sind an der Versorgung beteiligt?
  - Kann eine Behandlung in patientenbezogenen Krisensituationen rechtzeitig gewährleistet werden?
- Transition:
  - Kann die Versorgungskontinuität, also die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung, bei Patientinnen und Patienten, die nach dieser Richtlinie versorgt werden, sichergestellt werden und Versorgungsabbrüche vermieden werden?
  - Inwiefern werden bei Patientinnen und Patienten mit Transitionsbedarf Transitionsmaßnahmen im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt?
  - Inwiefern wird bei Patientinnen und Patienten mit Transitionsbedarf dieser in Fallbesprechungen berücksichtigt?]
- Stationäre Aufenthalte und Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung:
  - Erhalten Patientinnen und Patienten, die gemäß der KSVPsych-RL behandelt werden, nach Entlassung aus dem Krankhaus in kürzerer Zeit eine ambulante Anschlussbehandlung als eine vergleichbare Patientengruppe, die mit den bereits bestehenden Versorgungsformen behandelt wird?
  - Können durch die Regelungen der Richtlinie die stationären Aufenthalte der Betroffenen gegenüber den bestehenden Versorgungsformen verkürzt werden?
  - Können durch die Regelungen der Richtlinie die stationären Aufenthalte der Betroffenen gegenüber den bestehenden Versorgungsformen vermieden werden?
- Wirksamkeit und unerwünschte Auswirkungen der Richtlinie:
  - Welchen Nutzen hat die Versorgung nach der Richtlinie gegenüber den bereits bestehenden Versorgungsformen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und aus der Sicht der Leistungserbringenden?

- Welche unerwünschten Auswirkungen hat die Versorgung nach der Richtlinie gegenüber den bereits bestehenden Versorgungsformen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und aus der Sicht der Leistungserbringenden?
- Hat sich durch die Versorgung nach dieser Richtlinie die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert?

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

Die Ergebnisse der geplanten Evaluation sollen geeignet sein, das Versorgungskonzept iterativ zu verbessern, und zwar sowohl auf Systemebene durch Ableitung von Empfehlungen zur Anpassung der Richtlinie als auch auf regionaler Ebene durch Rückmeldungen an die Netzverbünde.

Der G-BA behält sich vor, im Rahmen seiner Beobachtungspflicht bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbünde bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbünden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden.

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für 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 Patientinnen und Patienten in koordinierter und strukturierter Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Versorgung. In diesem Zusammenhang lassen sich neue Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizieren: …(noch auszufüllen)

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
2023	*UA PPV*	*Anhörung der Stellungnahmeberechtigten*
2024	*UA PPV*	*Würdigung der mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen sowie Beratungen des RL-Entwurfes und der Tragenden Gründe*
2024	*G-BA*	*Beschlussfassung*
TT.MM.2024		*Ergebnis der Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V*
TT.MM.2024		*Veröffentlichung im Bundesanzeiger*
TT.MM.2024		*Inkrafttreten*

Berlin, den TT.MM.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

(KJ-KSVPsych-RL)

Inhalt

A. Allgemeines ... 3

§ 1 Zweck und Versorgungsziele ... 3

§ 2 Definition der Patientengruppe ... 5

§ 3 Transition ... 6

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 7

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 9

§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 10

§ 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung ... 11

B. Patientenversorgung ... 13

§ 8 Zugang ... 13

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ... 14

§ 10 Gesamtbehandlungsplan ... 15

§ 11 Koordination der Versorgung ... 16

§ 12 Telemedizin ... 17

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 18

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 19

C. Evaluation ... 20

§ 15 Evaluation ... 20

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).

(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:

1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.
7. Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der

Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.

§ 2 Definition der Patientengruppe

(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.

(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist.

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist.

(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.

§ 3 Transition

(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.

(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen:

1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten.
2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen.
3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen.
4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch und koordiniert die weitere Transition.

(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.

(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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.

Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.

(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein patientenbezogener oder patientenübergreifender strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und
4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen.

(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.

(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nr. 5 sowie nach § 10 Absatz 2.

(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:

1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,
2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.

(5) Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
6. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
7. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
8. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung,
9. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten,
10. Jugendämter,
11. Öffentlicher Gesundheitsdienst,
12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie
13. Schulen.

(6) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche, dem Gesamtbehandlungsplan entsprechende Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.

(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3.

(3) Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringer legen jeweils patientenindividuell fest, wer die Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.

(4) Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.

(5) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für

1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,
2. die unverzügliche Anbahnung einer ambulanten oder stationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung,
4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,
5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.

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

Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann unterstützend auch durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:

1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,
2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

§ 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung

(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.

(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie:

1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9,
2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde,
3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10,
4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben:
   a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes,
   b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,
   c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich,
   d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue,
   e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten,
5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil.
6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld,
7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5.

8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden.
9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden.
10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.

(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung. Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.

(2) Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann auch im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

(3) Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.

(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.

(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.

(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.

(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich. Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst. Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 11 Koordination der Versorgung

(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.

§ 12 Telemedizin

Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um die Versorgung nach dieser Richtlinie und die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

(2) Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet möglichst innerhalb von 10 Werktagen nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an.

(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.

(4) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

(5) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß § 4 Absatz 7 Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.

(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält. Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.“

II. Die Erstfassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendlich mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

KJ-KSVPsych-RL

Vom TT.MM.2024

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 3

2. Eckpunkte der Entscheidung ... 3

2.1 A. Allgemeines ... 5

2.1.1 § 1 Zweck und Versorgungsziele ... 8

2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe ... 13

2.1.3 § 3 Transition ... 17

2.1.4 § 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 21

2.1.5 § 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 27

2.1.6 § 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 30

2.1.7 § 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung ... 31

2.2 B. Patientenversorgung ... 36

2.2.1 § 8 Zugang ... 36

2.2.2 § 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ... 37

2.2.3 § 10 Gesamtbehandlungsplan ... 38

2.2.4 § 11 Koordination der Versorgung ... 40

2.2.5 § 12 Telemedizin ... 41

2.2.6 § 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 41

2.2.7 § 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 43

2.3 C. Evaluation ... 44

2.3.1 § 15 Evaluation ... 44

3. Bürokratiekostenermittlung ... 45

4. Verfahrensablauf 46

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, welches am 01. 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 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 Auftrag[1] nach § 92 Absatz 6b SBG 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
[2] vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85 (Beschlussempfehlung und Bericht)
[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 Bedingungszusammenhang, 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 haben.

Zum entwicklungsbestimmenden Lebensumfeld gehören Eltern, Familien oder familienähnliche Strukturen bei Kindern, die in Heimeinrichtungen aufwachsen, die Peers, das gesamte soziale und ökonomische Umfeld, Kita, 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 Störungen 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 Kita, Schule und der beruflicher 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 deren Einverständnis. 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 spielt 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 SGB-V 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. 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 wie auch der verfügbaren Angebote ist es unabdingbar, dass eine Richtlinie für Kinder und Jugendliche grundlegend neu erarbeitet werden muss 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 KSV-Richtlinie zu nutzen und in die Erarbeitung der KJ-KSV-RiLi 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 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 Kita, 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 kranken 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, die oder der die Verantwortung für das Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsbestandteile entsprechend des Gesamtbehandlungsplans trägt, und ggf. 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 Absätze 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes 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 verbindlichen 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 haus- und fachärztlicher bzw. 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 auch eine 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 zu berücksichtigender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (§ 4), die Definition der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten (§ 5), die Definition der zuständigen Berufsgruppen für die Koordination der Patientinnen und Patienten (§ 6) sowie Festlegungen in § 7 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 sowie, in § 11, zur Koordination der Versorgung.

Weitere Paragraphen beinhalten Vorgaben zur Telemedizin (§ 12), zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 13), zur Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 14).

Abschnitt C (Evaluation) enthält Vorgaben zur Evaluation der KJ-KSVPsych-RL (§ 15).

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 KSV-Psych Richtlinie im Jahr 2022 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für Erwachsene etabliert wurde. Bei der Behandlung von insbesondere schwer psychisch kranken 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 Akteure des § 91 Abs. 6 SGB V rechtlich binden kann, hat ein solches Zusammenwirken gerade im Bereich der insbesondere schwer psychisch kranken 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 erleichtert und teilweise auch erst ermöglicht wird. So ist bspw. vorgesehen, dass Fallkonferenzen mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher stattfinden können. Zwar kann eine Teilnahme an derartigen Austauschen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher im Rahmen dieser Richtlinie nicht eingefordert werden, jedoch kann durch diese Richtlinie ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt. Die grundlegenden Regelungen und Verpflichtungen der Sozialgesetzbücher werden hiervon nicht berührt.

Der Begriff „relevante Bezugspersonen“ bezeichnet Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten. Dies können – bei Zustimmung der Patientin oder des Patienten – 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 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 2.:

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen fällt 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. Diesen Unterzielen wird die Versorgung nach dieser Richtlinie gerecht, indem besondere Möglichkeiten 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 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 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 Einbindung und Abstimmung mit den Hilfesystemen anderer Sozialgesetzbücher erforderlich macht, um einen größtmöglichen Effekt zu erzielen.. Die Ziele der Krankenbehandlung sollten daher weitgehend harmonisiert sein mit den Zielen der Hilfesysteme der anderen Sozialgesetzbücher. Hierfür ist eine Einbindung der Patientinnen und Patienten gleichermaßen notwendig, so dass die individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele gemeinsame Akzeptanz durch die verschiedenen Leistungserbringer 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 Nr. 1 ausgeführt.

Zu 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. 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 sollte unter Berücksichtigung der individuellen Situation entsprechend dem Anspruch gemäß § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V Einsatz finden.

Zu 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. Kinder und Jugendliche 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 patientenindividuelle Koordinierung geschaffen wird. Diese Koordinierung setzt zunächst 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 Koordinierung Schnittstellen managt und Hilfesysteme und Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher bei Bedarf einbindet. 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 Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher oder die Übernahmen von Leistungen oder sonstigen Verpflichtungen aus anderen Sozialgesetzbüchern ist davon nicht umfasst.

Zu 7.:

Aufbauend auf der Koordinierung, die in Nr. 6 explizit adressiert wird, wird mit dieser Richtlinie eine Verbesserung der Kooperation angestrebt. Hierbei wird aufgrund der vielfältigen Anknüpfungspunkte in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern ein besonderer Fokus gelegt.

Zu 8.:

Psychisch schwer kranke Jugendliche und junge Erwachsene befinden sich in einer Lebensphase, die häufig mit einer besonderen Vulnerabilität einhergeht. In dieser Phase der Entwicklung, wo sich zudem auch die Lebensumstände häufig stark verändern, ist ein strukturiertes, abgestimmtes und gezieltes Vorgehen zur Stabilisierung der Patientinnen und Patienten erforderlich, um eine geeignete Krankenbehandlung zu ermöglichen. Entsprechend sieht diese Richtlinie Maßnahmen vor, die 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 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 mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Maßnahme.

Zu 2.:

An der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sind mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Ein abgestimmter, für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlicher Gesamtbehandlungsplan, der von dem Bezugsarzt/der Bezugsärztin oder dem Bezugspsychotherapeuten/der Bezugspsychotherapeutin 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 über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg bildet. Sowohl bei der Leistungserbringung innerhalb des SGB V als auch bei einer sozialgesetzbuchübergreifenden Zusammenarbeit ergeben sich viele Schnittstellen, wo koordinierende Maßnahmen die Grundlage für eine verbesserte Kooperation bilden.

Zu 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 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 5.:

Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin 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 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. Diese wird durch eine ärztliche oder psychotherapeutische Bezugsfunktion sichergestellt.

Zu 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 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 ist das soziale Umfeld in die Versorgung 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 –umstände ermöglichen; hierbei ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten sowie ggf. der Sorgeberechtigten erforderlich.

Zu 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 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 zusammenarbeiten. Zudem wird in der Versorgung nach dieser Richtlinie die Möglichkeit eröffnet, Fallbesprechungen auch mit Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher durchzuführen; diese Fallbesprechungen können sowohl per Video als auch in geeigneten Räumlichkeiten unter Anwesenheit der Teilnehmer stattfinden.

2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe

Vorbemerkung:

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 Störungen und aufgrund der teils fehlenden stabilisierenden Bezugspersonen sind psychisch kranke 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 Kita, Schule und Arbeitsleben zu fördern und 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. Diesem über eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne hinausgehenden, besonderen (komplexen) Behandlungsbedarf trägt die neue Versorgung nach dieser Richtlinie Rechnung.

Absatz 1:

Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen von der Geburt bis zum Ende des 21. Lebensjahres, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, nach dieser Richtlinie versorgt werden.

In den folgenden Absätzen 2 und 3 sind diese Kriterien dann differenziert bestimmt.

Dazu gehört neben dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung auch, dass durch die Schwere der Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und zusätzlich ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht.

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 des Ausprägungsgrades der psychischen Störung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen erforderlich sind.

Nicht aufgenommen sind die Erkrankungen der Gruppe F00 des V. Kapitels ICD 10 GM (Demenz bei Alzheimer-Krankheit), da diese im Kinder- und Jugendalter als Hauptdiagnosen nicht relevant sind.

Absatz 2:

In Absatz 2 wird die systematische Erfassung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen durch das allgemein anerkannte multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS) der WHO vorgegeben. Schwere und anhaltende psychische Erkrankungen können weiterführend in Ergänzung zur Diagnose insbesondere durch ihre Auswirkungen charakterisiert werden, d. h. durch damit einhergehende deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen. Das MAS – und hierbei konkret die 6. Achse - wurde als Instrument ausgewählt, weil sie eine aufwandsarme, standardisierte und in der Praxis gängige Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus bei unterschiedlichen psychischen Störungen im Bereich aller Altersstufen von Kinder und Jugendlichen ermöglicht. Die Beurteilung beruht auf einer klinischen Gesamteinschätzung der Patientin oder des Patienten auf Basis des gesamten diagnostischen Prozesses unter Berücksichtigung aller Beeinträchtigungen des Patienten oder der Patientin. Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen in der Regel dann vor, wenn auf der 6.

Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist. So beinhaltet die Stufe 4 der sechsten Achse bspw. 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)“. In den Stufen fünf bis acht wird eine darüber hinausgehende Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus definiert. Diese unterschiedlichen und ausgeprägten Beeinträchtigungen erfordern zumeist eine Behandlung durch mehrere Professionen (z.B. psychiatrisch, psychotherapeutisch, ergotherapeutisch, soziotherapeutisch). Ein psychosoziales Funktionsniveau in Höhe eines MAS-Werts von 4 bis 8 auf der 6. Achse bewirkt i. d. R., dass die Patientin oder der Patient nicht mehr in der Lage ist, alters- und entwicklungsentsprechend sozial teilzuhaben. Die Patienten oder Patientinnen und deren relevante Bezugspersonen sind darauf angewiesen, geeignete Hilfen oder Behandlungsplätze zu finden, Behandlungstermine selbständig zu organisieren oder die notwendigen Behandlungen kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu erhalten, bedarf diese Patientin oder dieser Patient einer koordinierten und strukturierten Versorgung, wie sie in dieser Richtlinie festgelegt ist.

Je nach Unterstützungsmöglichkeiten und Fürsorge des Lebensumfeldes können Patientinnen und Patienten aber trotz Vorliegen eines MAS-Werts von 4 bis 8 auf der 6. Achse und einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel in manchen Fällen selbst bzw. deren Bezugspersonen in der Lage sein, notwendige Behandlungsmaßnahmen zu organisieren und in Anspruch zu nehmen und benötigen dementsprechend keine Versorgung nach dieser Richtlinie. Aus diesem Grund sind neben einem MAS-Wert von 4 bis 8 auf der 6. Achse weitere Kriterien Voraussetzung für die Versorgung nach dieser Richtlinie. Diese Kriterien sind in den folgenden Absätzen näher ausgeführt.

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 resultiert einerseits die Notwendigkeit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer, psychosomatischer und psychosozialer Hilfen. 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 unterschiedlicher Berufsgruppen 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, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern. Andererseits weisen insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche häufig ursächliche oder für den Therapieverlauf relevante außerordentliche psychosoziale Umstände auf (wie bspw. die Erziehung in einer Institution oder die Bewältigung von Herausforderungen im Zusammenhang mit Kita, Schule oder Arbeit). Der komplexe Behandlungsbedarf ergibt sich daher auch aus dem psychosozialen Interventionsbedarf, d.h. dem Bedarf bestimmter psychosozialer Therapien, die darauf abzielen, die Selbstständigkeit, die Entwicklung und die Teilhabe am sozialen Leben zu fördern, wie auch in der Vorbemerkung zur den Tragenden Gründen erläutert.

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 **[DKG:** (z.B. psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Ergotherapie)**]** und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**] [KBV:** (z.B. fachpsychiatrische Behandlung und Ergotherapie)**]**, besteht ein komplexer Behandlungsbedarf gemäß dieser Richtlinie.

Absatz 4:

Dieser Absatz bildet die Altersgrenzen der Behandlung 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 Störungen bei diesen Entwicklungsaufgaben zu begleiten und zu unterstützen. Dies gilt umso mehr für Jugendliche mit schweren psychischen Störungen. 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 gewährleisten[4]. Im Gegensatz dazu beschreibt der Begriff Transfer (lat. transfere „hinüberbringen“) die direkte Übergabe des Patienten von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin als einmaliges Ereignis.

Im Rahmen der Richtlinie wird 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 besoderen 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 eine klare Abgrenzung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie.

Bei der Transition von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Herangehensweise und Behandlung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich 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

[4] S3-Leitlinie der Gesellschaft für Transitionsmedizin.

Bezugsärztin/den Bezugsarzt oder die Bezugstherapeutin/den Bezugstherapeut 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 Störungen teilweise altersabhängige Besonderheiten zu beachten.

In diesem Zusammenhang formulierten z.B. Fegert et al. (2021)[5] als Ziele der Transitionspsychiatrie u.a., die Entwicklung heranwachsender Patientinnen in psychischen bzw. adoleszentären Krisen positiv zu beeinflussen, vermeidbare langfristige Krankheitsentwicklung bzw. Chronifizierungen und Hospitalisierung bei psychischen Störungen 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 weiterer komplementärer 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 den neuen, aufnehmenden Bezugstherapeuten 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 Anbindung an die Erwachsenversorgung erforderlich ist, auch die notwendigen Elemente zur Ausgestaltung des Versorgungsübergangs (Transitionsmaßnahmen) festzuhalten. Die mit dem Patienten oder der Patientin abgestimmten Transitionsmaßnahmen sind ggfs. im Verlauf der Transition von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten individuell anzupassen.

Zu 1.:

Der Zeitpunkt, an dem der Transfer eingeleitet und abgestimmt wird, hängt maßgeblich von der jeweiligen psychischen Erkrankung, des Behandlungsverlaufes sowie des individuellen Entwicklungsstandes 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 2.:

Die Transition ist frühzeitig von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem

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

Patienten vorzubereiten, zu planen und abzusprechen. Für die Patientin und den Patienten ist es wichtig, transparent über die Transition informiert zu werden und Klarheit in Bezug auf die neuen Ansprechpartner und Bezugstherapeuten zu erhalten. Hierbei sind ggfs. bestehende Ängste und Unsicherheiten der Patientin bzw. des Patienten in Bezug auf den Wechsel in die Erwachsenenversorgung zu berücksichtigen. Dabei gilt es, die Eigenverantwortung des Patienten oder der Patientin 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 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 der oder dem zukünftig die Behandlung fortführenden Leistungserbringer und weiteren Ansprechpartnern der Erwachsenenversorgung rechtzeitig anzubahnen. Je nach Erkrankung und Entwicklungstand des jungen Erwachsenen sind neben fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern weitere nicht-ärztliche Leistungserbringer in die Transition einzubinden, denn mit Erreichen der Volljährigkeit sind meist auch andere weitreichenden Lebensveränderungen wie z.B. Schulabschluss, Ablösung vom Elternhaus, Wechsel des sozialen Umfeldes verbunden, die zu einer Destabilisierung der Patientin bzw. des Patienten führen können.

Zu 4.:

Um einen nahtlosen Transfer in den Erwachsenenbereich zu erreichen, ist die Übergabe wesentlicher Informationen über den Behandlungsverlauf, den Entwicklungstand, den gegenwärtigen psychischen Zustand und den Verlauf der Transition an die oder den Leistungserbringer aus dem Erwachsenenbereich von enormer Wichtigkeit. Im Rahmen der Transition ist daher mindestens eine Fallbesprechung mit der behandelnden Bezugsärztin 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 Nr. 2-3. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut begleitet den Transitionsprozess bis zur sicheren Anbindung des jungen Erwachsenen in der Erwachsenenversorgung.

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 Leistungserbringer 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 Leistungserbringern außerhalb des SGB V ist daher bei der Planung und Abstimmung der Transitionsmaßnahmen gemäß § 3 Absatz 2 Nr. 2-4 zu berücksichtigen.

Die Einbindung nicht-ärztlicher Leistungserbringer wie z.B. Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen, Pflegefachpersonen und auch 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).

Nach den 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 Jugendlichen Bereich profitiert.

Abhängig vom individuellen Entwicklungsstand 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 Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallkonferenzen, stattfinden. Hierbei soll sich einerseits unabhängig vom Patienten übergeordnet ausgetauscht und besser vernetzt werden, um die Transition auf der Struktur- und Prozessebene abzustimmen, wie z.B. potentielle Versorgungskapazitäten oder den erforderlichen zeitlichen Vorlauf. Andererseits soll sich im individuellen Patientenfall, bei dem ein Transfer bevorsteht, konkret mit einem möglicherweise geeigneten Netzverbund in der Region ausgetauscht werden, um einen strukturierten Übergang in die Erwachsenenversorgung zu gewährleisten.

2.1.4 § 4 Teilnahmeberechtigte 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 nicht immer im ausreichenden Maße erfolgt und daher insbesondere bei einem komplexen Behandlungsbedarf Stärkung erfahren muss.

Die Versorgungsstrukturen für insbesondere psychisch kranke 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 Psychiatrie[6]. Insgesamt liegen die Zahlen an geeigneten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Versorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor deutlich unter der Zahl der entsprechenden Berufsgruppen für die Behandlung schwer psychisch kranker Erwachsener.

Eine weitere Besonderheit sind die Unterstützungs- und Hilfeleistungen anderer Sozialgesetzbücher, hinzu kommen Ansprechpersonen in Schule und Ausbildung, die ebenfalls bei Förderung und Therapie berücksichtigt werden. Dadurch ergibt sich ein historisch gewachsenes und hochkomplexes Unterstützungssystem, 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, für ihn 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 kranker Kinder und Jugendlicher. Die unterschiedlichen Lebensumfelder der Kinder und Jugendlichen müssen 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 gemäß § 1 Absatz 2 Nummer 6 das Ziel der Sicherung der patientenindividuell notwendigen Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer 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

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

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 geringeren Anzahl an teilnahmeberechtigten Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen, als bei der Versorgung schwer psychisch kranker Erwachsener, wurde auf die Vorgabe großer Netzverbünde verzichtet. Die Festlegung flexibler patientenindividueller Teams soll den Besonderheiten in der Versorgungslandschaft gerecht werden und möglichst auch versorgungsschwachen Regionen Versorgungsmöglichkeiten eröffnen.

Absatz 1:

In Absatz 1 wird geregelt, welche Leistungserbringer unter welchen Voraussetzungen zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt und damit letztendlich nach dieser Richtlinie abrechnungsbefugt sind. Die entsprechenden Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen 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. Bei diesen handelt es sich um die ärztlichen und psychotherapeutischen Professionen zur Behandlung der von der Richtlinie erfassten Patientengruppe. Die Qualifikation, die bei den Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen 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 Arztes oder einer Ärztin für den Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie soll sicherstellen, dass die entsprechenden Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen ausreichend Erfahrung in der Behandlung mit schwer psychisch kranken 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.

Gemäß Muster-Weiterbildungsordnung 2022 sind Fachpsychotherapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen für neuropsychologische Psychotherapie berechtigt, sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche zu behandeln; allerdings sind diese zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht in die Psychotherapie-Vereinbarung aufgenommen.

Absatz 2:

Absatz 2 regelt, dass Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie, die Erklärung gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ist, 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 dafür notwendig, dass sich

zur Erfüllung der Vorgaben in Absatz 2 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 Übernahmen der Bezugsrolle in § 5 oder der Beteiligung am patientenbezogenen Team.

Sofern die Voraussetzungen für die Teilnahme 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 ein Facharzt oder eine Fachärztin und ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin mit Erfahrung in der Behandlung bzw. Versorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher interdisziplinär und patientenindividuell zusammenarbeiten, um ein fachliches vier-Augen-Prinzip zu etablieren und die Schwerpunkte der jeweils eigenen Profession komplementär zu ergänzen.

Dieses Team bildet sich mit Vorliegen der Kriterien nach § 2 im Anschluss an die Eingangssprechstunde. Es organisiert die in § 7 beschriebenen Aufgaben, die jeweils patientenbezogen sowohl ärztlich-psychiatrischer, als auch psychotherapeutischer Expertise bedürfen können. 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 zu kooperieren und somit dem jeweiligen komplexen Behandlungsbedarf gerecht zu werden.

Daher wird in Absatz 3 festgelegt, dass für eine Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt der in Absatz 1 unter den Nummern 1 oder 3 genannten Fachgruppen mit mindestens einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin der in Absatz 1 unter den Nummern 2 oder 4 genannten Fachgruppen zusammenwirken soll.

Die jeweils im Team beteiligten Personen gestalten das Zusammenwirken zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 auf Basis berufsrechtlicher Bestimmungen sowie anhand des konkreten Behandlungsbedarfs des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin nach Maßgabe der Regelungen in der Richtlinie selbst aus; Aufgaben und Organisation der Versorgung werden gemäß § 7 patientenbezogen festgelegt. Das Zusammenwirken beinhaltet mindestens folgende Vorgaben für die Erfüllung des fachlichen vier-Augen-Prinzips: Bei mindestens einer Fallbesprechung nach § 7 Absatz 2 Nr. 5 müssen beide Mindestteilnehmer des sich im Patientenfall individuell gebildeten Teams (ärztlich und psychotherapeutisch) teilnehmen, also auch die Person, die nicht die Bezugsfunktion übernommen hat. Bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 sind ebenfalls auch die Personen des gebildeten 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 Behandlungsplans stellen die Mindestanforderungen des Zusammenwirkens dar; der weitere Umfang der gemeinsamen Versorgung wird jeweils patientenbezogen zwischen den Beteiligten des patientenindividuellen Teams abgestimmt.

Die Teilnehmer des patientenindividuellen Teams setzen sich ausschließlich aus vertragsärztlich zugelassenen Fachärzten oder Fachärztinnen sowie Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zusammen. Der Austausch und Einbezug von Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und Psychiatrischer Institutsambulanz nach § 118 SGB V wird in Absatz 4 geregelt.

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. Häufig existieren langjährige Behandlungsbeziehungen und somit Kontinuität in der Versorgung. Mit den PIAs ist somit seit langem eine komplexe Versorgungsstruktur geschaffen, die erfolgreich und effektiv vor allem auch in strukturschwachen Regionen psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche versorgt.

Der Behandlungsbedarf ist jedoch nach wie vor – nicht nur unter Berücksichtigung der aktuellen Situation mit den Auswirkungen der COVID-Pandemie, Ukrainekrieg und Klimakrise - hoch, was sich an langen Wartezeiten für eine Behandlung wiederspiegelt. Durch die Festlegungen in vorliegendem Absatz soll ein weiteres Versorgungsangebot geschaffen werden, um die gesamte ambulante Versorgung der schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendlicher zu stärken. Vor diesem Hintergrund sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, die einer Berufsgruppe nach § 4 Absatz 1 angehören und in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) tätig sind, nicht als Teilnehmer der patientenbezogenen Teams vorgesehen. Ein 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 somit durch die in Absatz 4 festgelegten Regelungen weiter verbessert werden.

Absatz 4:

Ein häufiges Problem bei der Behandlung von insbesondere psychisch schwer kranken Kindern und Jugendlichen sind Kommunikationsschwierigkeiten an den unterschiedlichen Schnittstellen der Krankenbehandlung, die bisweilen zu vollständigen Behandlungsabbrüchen führen. Da bei insbesondere Kindern und Jugendlichen mit 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 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 sowie um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie und Logotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V und die psychiatrische Hauskrankenpflege. Die Definition für ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischer Einrichtung für Kinder Jugendliche ergibt sich aus § 17d Absatz 1 KHG. Mit dieser Regelung soll die Kommunikation und Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen an den Schnittstellen der Systeme ambulant-stationär und zwischen den Heilmittelerbringern und den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen weiter gestärkt werden und Kooperationen aufgebaut werden. Außerdem soll insbesondere durch die Einbindung nichtärztlicher Leistungserbringer, dem komplexen Versorgungsbedarf der Kinder und Jugendlichen gerecht werden. Diese Leistungserbringer sind ebenfalls zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt und damit letztendlich nach dieser Richtlinie abrechnungsbefugt.

Absatz 5:

In Absatz 5 wird eine Auswahl an Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Einrichtungen aufgelistet, die bei Bedarf im Rahmen der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie berücksichtigt werden sollen. Durch diese Auflistung sollen die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 Absatz 2 beteiligten Personen sensibilisiert

werden, auch in einen Austausch mit Berufsgruppen und Einrichtungen in und außerhalb des SGB V zu treten und so die in § 1 formulierten Versorgungsziele zu verfolgen.

Dabei kann die Zusammenarbeit mit u. a. Rehabilitationseinrichtungen und 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 ggf. vorhandenen nichtärztlichen koordinierenden Person, der Ärztin oder dem Arzt sowie der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten.

Der Umfang dieser nicht abschließenden Aufzählung macht deutlich, wie hoch der Bedarf insbesondere schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten an koordinierender Unterstützung und Begleitung ist.

Nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt im Sinne des § 4 Absatz 1 und 4 sind Leistungserbringerinnen und Leistungsgerbringer und Einrichtungen im Sinne des Absatzes 5.

Absatz 6:

In Absatz 6 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 7:

Damit sich patientenbezogen und zur Erfüllung der Vorgaben in Absatz 2 jeweils mindestens ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin mit einer Fachärztin oder einem Facharzt zusammenfinden können, wird in Absatz 7 festgelegt, dass die jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen gemäß Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 4 veröffentlichen. Dieses Verzeichnis enthält demnach alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten und sich zur Teilnahme an dieser Versorgung bereit erklärenden ambulant-vertragsärztlichen Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen. Den einzelnen Personen wird über diese Liste ermöglicht, sich selbstständig und patientenindividuell zusammenzufinden. Eine Anzeige nach gelungener Bildung des nach den Vorgaben des Absatz 2 zu bildenden patientenbezogenen Teams ist nicht separat notwendig.

Die Veröffentlichung eines Verzeichnisses der an der Versorgung Teilnahmeberechtigten soll daneben den Sektorenübergang aus den Kliniken in die ambulante Versorgung erleichtern und ebenfalls Akteuren aus anderen Hilfesystemen Orientierung verschaffen. Schließlich macht das Verzeichnis das Versorgungsangebot transparent.

Absatz 8:

Sowohl die Überleitung von der fachärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung außerhalb dieser Richtlinie in die Versorgung nach dieser Richtlinie als auch umgekehrt erfordern eine enge Kooperation von bereits vorbehandelnden ärztlichen, psychotherapeutischen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit den an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Personen. Im Patienteninteresse sind sowohl die Vortherapien zu berücksichtigen, als auch ein nahtloser

Übergang in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie zu gewährleisten, sonst würde lediglich eine weitere Fragmentierung der Versorgungsstrukturen erreicht. Gerade Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen sind z.B. häufig bereits längere Zeit bei verschiedenen Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Behandlung und möchten diese auch im Rahmen der Komplexversorgung nach dieser Richtlinie noch fortsetzen.

Absatz 8 regelt daher den Einbezug von ggf. vorhandenen vorbehandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die die Vorgaben nach Absatz 3 nicht erfüllen. Hierbei kann es sich z. B. um Fachärztinnen oder Fachärzte und Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung handeln, welche nicht im Verzeichnis gemäß Absatz 7 gelistet sind und die im Falle der gewünschten Fortsetzung der Behandlung das patientenindividuelle Team ergänzen. Es können aber auch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zum Beispiel aus dem Bereich der Ergotherapie, der Soziotherapie und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die Behandlung weiterhin betreuen. Voraussetzung ist sowohl, dass es sich um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V handelt, als auch, dass diese den Gesamtbehandlungsplan unterstützen und sich bereit erklären, an den Fallbesprechungen teilzunehmen, in denen die von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten thematisiert werden.

2.1.5 § 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

Absatz 1:

Ein zentrales Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Implementierung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, welche oder welcher die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans und das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile der Versorgung nach dieser Richtlinie trägt.

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 kranken Kindern und Jugendlichen.

Deshalb wird für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Absatz 1 eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarztes bzw. eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut etabliert, die oder der für die Dauer der Behandlung im Rahmen 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 Bezugsrolle gewährleistet insofern Beziehungsstabilität für die schwer erkrankten Kinder und Jugendlichen.

Er oder sie trägt zudem die Verantwortung für das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile nach dieser Richtlinie. Die unterschiedlichen Versorgungsangebote in Deutschland in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern sind sehr vielseitig und das Wissen darüber, der Zugang und die Inanspruchnahme dieser Angebote sind häufig nicht trivial. Die Koordinierung der Versorgungsangebote der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und die Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern - auch anderer Sozialgesetzbücher - erfordert häufig eine entsprechende Fachexpertise. Daher ist festgelegt, dass die Hauptverantwortung der Koordinierung der Versorgung gemäß § 5 Abs. 5 nach dieser Richtlinie bei der Bezugsärztin/-arzt bzw. dem Bezugspsychotherapeuten/-in liegt. Er kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben von einer nichtärztlichen Koordinationsperson gemäß § 11 unterstützen lassen.

Einschlägige berufsrechtliche und vertragsarztrechtliche Regelungen zu Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von den Bestimmungen dieser Richtlinie unberührt.

Absatz 2:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann einer der an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Personen aus den in § 4 Abs. 1 genannten Berufsgruppen sein. Es ist nicht notwendig, dass er oder sie über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt, da die Gewährleistung von Kontinuität, die Organisation der synergistischen Zusammenarbeit und Erreichbarkeit sich nicht notwendigerweise von diesem Status ableiten lassen, sondern von weiteren Faktoren bestimmt werden.

Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, die einer Berufsgruppe nach § 4 Absatz 1 angehören und in einer Psychiatrischen Institutsambulanz tätig sind, sind nicht als Bezugsärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut vorgesehen, da diese nicht Teil des patientenindividuellen Teams vorgesehen werden.

Absatz 3:

Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 Absatz 2 beteiligten Leistungserbringer legen im Anschluss an die Eingangssprechstunde jeweils fallbezogen bis zur Erstellung des Gesamtbehandlungsplans fest, wer die Bezugsfunktion übernimmt. Bei der Wahl des Bezugstherapeuten oder der -therapeutin werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die Bezugspersonen einbezogen. Die dadurch festgelegte Bezugsärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten bleiben in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsperson, um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Wenn ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten, im Verlauf der Behandlung erforderlich wird, sind die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen.

Absatz 4:

Die in Absatz 4 festgelegte Bezugsärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten bleiben in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsperson, um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Dennoch kann auch ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten, im Verlauf der Behandlung erforderlich werden. Ein Wechsel der Bezugsfunktion kann verschiedene Gründe haben, ist möglich und steht dem Grundsatz der Beziehungskontinuität nicht entgegen. Die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.

Absatz 5:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut übernimmt die Steuerung und Koordinierung der Versorgung nach dieser Richtlinie. In den Nummern 1 – 5 sind diese Verantwortlichkeiten konkretisiert.

Zu 1.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt auf Basis der diagnostischen Abklärung und in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten den Gesamtbehandlungsplan auf. Der Gesamtbehandlungsplan sollte in regelmäßigen Zeitabständen im Hinblick auf die Krankheitsentwicklung der Patientin oder des Patienten einer Prüfung unterzogen und ggf. angepasst werden. Bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans werden sowohl die Patienten, als auch die Beteiligten des Versorgungsteams nach § 4 Abs. 3, die nicht die Bezugsrolle übernommen haben sowie ggf. weitere an der jeweiligen Patientenversorgung beteiligte Leistungserbringer oder und Leistungserbringerinnen nach § 4 Absatz 4 einbezogen. Dabei werden die Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung einbezogen.

Zu 2.:

Sofern patientenindividueller Behandlungsbedarf besteht, bahnt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut eine

entsprechend geeignete ambulante, teilstationäre, stationsäquivalente oder vollstationäre Behandlung an, sofern erforderlich, geschieht dies unverzüglich.

Der Begriff Anbahnung stellt klar, dass ambulant zugelassene Ärzte und Therapeuten 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 Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten auch eine somatische Abklärung durchzuführen bzw. zu veranlassen und auf eine ggf. erforderliche Behandlung der somatischen Komorbiditäten hinzuwirken.

Zu 4.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt die Verantwortung für die Koordinierung der Gesamtversorgung nach dieser Richtlinie. Er oder sie ist insbesondere verantwortlich, dass die dafür notwendigen Abstimmungen unter den jeweils Beteiligten weiteren Personen nach § 4 Absatz 2 sowie mit den weiteren Leistungserbringern nach § 4 Absatz 4 und gegebenenfalls nach Absatz 8 entsprechend den Aufgaben in § 7 stattfindet Sofern eine nichtärztliche koordinierende Person an der Versorgung nach der Richtlinie beteiligt ist, wird diese ebenfalls einbezogen, um möglichst keine Informationsverluste durch die entstandenen Schnittstellen zu erzeugen.

Zu 5.:

Im Rahmen der Koordination der Gesamtversorgung des Patienten oder der Patientin nach dieser Richtlinie initiiert die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut die regelmäßigen Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.

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

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 dieser Kinder und Jugendlichen 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, sondern auch für die Behandlungsplanung eine besondere Herausforderung dar.

In § 6 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die diese Koordinationsunterstützung des Bezugsarztes/-ärztin oder des Bezugspsychotherapeuten/-in 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 für Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen haben. 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 5 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 Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen, Kindheitspädagogien und Kindheitspädagoginnen, Entwicklungspädagogen und Entwicklungspädagoginnen mit ihren erworbenen Kompetenzen geeignet, die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen bei der Koordinierung zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Inklusionspädagogen und Inklusionspädagoginnen, die einen besonderen Fokus auf Teilhabe und Inklusion mit heilpädagogischen Inhalten haben. Darüber hinaus arbeiten bspw. auch Pflegepädagogen und Pflegepädagoginnen 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 gut geeignet, Aufgaben in diesem Bereich zu übernehmen. Ein weiteres Beispiel sind die Gesundheitspädagogen und Gesundheitspädagoginnen. 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 3festgelegt. Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Personen 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 Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten (vgl. § 5 Absatz 5 Nrn. 1 - 4). Die darüber hinaus festgelegten Aufgaben, können unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Regelungen prinzipiell von allen Mitgliedern des Teams nach § 4 Absatz 2 übernommen werden.

Eine maßgebliche Aufgabe bei der Organisation und Koordinierung der Aufgaben kommt dem Bezugsarzt/-ärztin oder dem Bezugspsychotherapeuten/in zu. Er oder sie trägt die Hauptverantwortung für die Koordinierung der Gesamtversorgung nach dieser Richtlinie und sollte damit ebenfalls koordinieren, welche Leistungserbringer oder Leistungserbringerinnen im Team nach § 4 Absatz 3 welche Aufgaben konkret übernehmen und bei welchen Aufgaben eine nichtärztliche Koordinierungsperson nach § 11 unterstützen kann.

Bei folgenden Aufgaben sind allerdings beide Personen nach § 4 Absatz 3 zu berücksichtigen: Bei mindestens einer Fallbesprechung nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 müssen beide Mindestteilnehmer des sich im Patientenfall individuell gebildeten Teams teilnehmen, also auch die Person, die nicht die Bezugsfunktion übernommen hat. Bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 sind ebenfalls auch die Personen des gebildeten Teams zu beteiligen, die nicht nach § 5 Absatz 4 die Bezugsfunktion übernommen haben. Diese beiden Aufgaben stellen das Minimum der Zusammenwirkung der beiden Personen nach § 4 Absatz 3 dar.

Absatz 2:

Für den Einstieg in die Versorgung nach dieser Richtlinie und ihren Verlauf sind insbesondere die nachfolgenden zentralen Aufgaben im Team nach § 4 Absatz 2 zu organisieren:

Zu 1.:

Die Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin nach § 4 Absatz 2, also diejenigen, die sich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Versorgung nach dieser Richtlinie erklärt haben, bieten für die Patienten und Patientinnen 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 von zehn Werktagen orientiert sich an der Versorgungsrealität und den Möglichkeiten der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen einerseits und den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen 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 allgemeinen Terminvermittlungen nach § 75a Abs. 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 ab.

Zu 2.:

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, so 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 kann mit der Bildung des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Abs. 3 eine kurzfristige Abklärung gewährleistet werden.

Zu 3.:

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). Die Erstellung und Fortführung des Gesamtbehandlungsplans mit Therapiezielen und -maßnahmen ist im Team nach § 4 Absatz 3 und patientenindividuell ggf. mit weiteren Leistungserbringern nach § 4 Absatz 4 sowie gegebenenfalls nach § 4 Absatz 8 abzustimmen und zu organisieren.

Zu 4.:

Ein weiteres wichtiges Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Koordination der Versorgung. 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 Leistungserbringer, das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, der 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. 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. In § 11 ist festgelegt, dass sich der Bezugsarzt/-ärztin oder der Bezugspsychotherapeut/-in, der die Verantwortung für die Koordinierung der Versorgung trägt, bei der Koordination der Versorgung nach Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person unterstützen lassen kann. Dafür können insbesondere die in den Buchstaben a. bis e. festgelegten Koordinationsaufgaben geeignet sein, die wie folgt beschrieben werden können:

Zu 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 Koordinationsaufgabe, 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 b.:

Die Patientin oder der Patient ist, sofern erforderlich, mit ihrem bzw. seinem Einverständnis, und dem Einverständnis der Sorgeberechtigen 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.

Zu c.:

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 berufsrechtliche sowie sozialrechtlichen Verpflichtungen zur persönlichen Leistungserbringung durch den Bezugsarzt oder die Bezugsärztin bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten sind bei der Delegation der Gespräche zu beachten.

Zu d.:

Eine der zentralen Koordinationsaufgaben ist es, einen regelmäßigen Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten aufrechtzuhalten. Hierzu gehört, erforderlichenfalls wöchentlich telefonisch oder persönlich mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten in Kontakt zu treten und 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 e.:

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 des Patienten oder der Patienten wird dieses Rückmeldesystem mit den Sorgeberechtigten erarbeitet.

Zu 5.:

Die Durchführung und Planung regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen zwischen den an der Versorgung des Patienten oder der Patientin beteiligten Leistungserbringer nach § 4 Abs. 3 und ggf. nach Abs. 4 sowie ggf. nach Abs. 8, 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 vertragsarztrechtlich und berufsrechtlich zulässigen Maße genutzt werden. Die Ergebnisse der Fallbesprechung sind bei der Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes zu berücksichtigen.

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

Zu 6.:

Das Zusammenleben und der Umgang mit schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen kann sehr herausfordernd für Eltern und Bezugspersonen sein. Schulung und Psychoedukation bieten Unterstützung, stabilisieren das Umfeld und fördern damit die Entwicklung der erkrankten Kinder und Jugendlichen. Dabei handelt es sich spezifisch um therapeutisch angeleitete Begleitungen von Patienten und Patientinnen sowie deren relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, zu Grundlagenwissen über Ihre Erkrankungen und Interventionsmöglichkeiten.

Zu 7.:

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 von allen Seiten unterstrichen und ist daher als eigener Aufgabenbereich beschrieben. Dieser Austausch sichert die Entwicklungsförderung und soll zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen beitragen. Die Teilnahme an interdisziplinären Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen soll ebenfalls umfasst sein. Diese Anforderung bezieht sich auf die Teilnehmenden aus dem Regelungsbereich des V. Sozialgesetzbuches; es werden keine Verpflichtungen für Teilnehmende aus dem Regelungsbereich anderer Sozialgesetzbücher definiert.

Zu 8.:

Um die Teilhabe im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen, ist die Abstimmung auf verschiedenen Ebenen und zwischen verschiedenen Professionen erforderlich. Dabei kann es sich sowohl um rein organisatorische Aufgaben handeln, als auch um 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 Patienten angrenzenden Hilfe- und Unterstützungssysteme, z. B. im Rahmen von Hilfekonferenzen, ermöglicht werden, um Hindernisse oder Schnittstellen zu identifizieren und damit das weitere Vorgehen abzustimmen.

Zu 9.:

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist keine Notfallversorgung, sondern eine insbesondere strukturierte, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung, die sich nach dem Gesamtbehandlungsplan richtet und also eine Versorgungskontinuität verfolgt. Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans werden mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Sorgeberechtigen Maßnahmen für Krisen und Notfälle konkret abgestimmt und individuelle Absprachen getroffen. Für diese Organisation eines Krisenmanagements können neben den beteiligten Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen nach § 4 Absatz 2 auch weitere an der Versorgung beteiligte Leistungserbringer oder Leistungserbringerinnen, z. B. der ärztliche Bereitschaftsdienst oder] Angebote von möglichen Kooperationspartnern einbezogen werden. Im Sinne eines gestuften Versorgungsangebotes ist zwar keine 24/7-Rufbereitschaft selbst erforderlich, jedoch muss gemeinsam mit den oben genannten Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen und den möglichen Kooperationspartnern eine bedarfsweise jederzeitige Betreuungsmöglichkeit für die Patientin oder den Patienten in Krisensituationen sichergestellt werden.

Zu 10.:

Die Vernetzung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung ermöglicht eine bessere Planung zwischen den verschiedenen Strukturen und erleichtert mögliche Transitionen, im Sinne eines nahtloseren Übergangs Dabei handelt es sich insbesondere um den Austausch auf der Struktur- und Prozessebene zur Qualitätsentwicklung, um jeweils patientenindividuelle Transitionen in bestmöglicher Weise zu begleiten.

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 Patientenklientel 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.

2.2 B. Patientenversorgung

2.2.1 § 8 Zugang

Vorbemerkung:

Die in § 8 getroffenen Regelungen regeln den Zugang der Kinder und Jugendlichen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen in die Versorgung nach dieser Richtlinie. Im Rahmen der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss wurden verschiedene Anhörungen zu dem in dieser Richtlinie ausgestaltetem 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 den verschiedenen Versorgungssystemen (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 Patienten und Patientinnen und deren Bezugspersonen vermieden werden. Prinzipiell können nichtsdestotrotz alle in § 4 aufgeführten Berufsgruppen, Disziplinen und Einrichtungen eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie aussprechen. Damit soll sichergestellt werden, dass die neue Versorgung nach dieser Richtlinie den Patienten und Patientinnen 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 Abs. 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, Patentinnen 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:

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 für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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 verwiesen.

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-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. Diese Anforderungen erfüllen die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit entsprechender Qualifikation, d.h. mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die entsprechend ihrer ärztlichen Weiterbildung über die notwendigen somatischen, pharmakologischen, psychotherapeutischen und sozialmedizinischen Kompetenzen verfügen. Durch diese Fachärztinnen und Fachärzte kann sichergestellt werden, dass die notwendigen somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungselemente Eingang in den Gesamtbehandlungsplan finden; darüber hinaus können sie die häufig mitbestehenden relevanten Belange von Schwerbehinderung sowie Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit berücksichtigen. 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 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 Jugendliche 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 schweren psychischen Störungen neben der eigentlichen Krankenbehandlung oftmals auch Unterstützung in weiteren Bereichen erforderlich machen. Hierbei kann insbesondere auf die nachfolgenden Einrichtungen und Angebote verwiesen werden, z.B.:

- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste bei Gesundheitsämtern,
- Erziehungsberatung und Sozialpädagogische Familienhilfe (§§ 28 und 31 SGB VIII),
- Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung für Jugendliche (§ 35 SGB VIII),
- Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung (§ 35 a SGB VIII),
- Früherkennung und Frühförderung (§ 46 SGB IX),
- Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Gemeindepsychiatrische Verbünde und ähnliche durch Landesrecht vorgesehene Verbünde oder Arbeitsgemeinschaften,
- Beratungsstellen in freier Trägerschaft, z.B. Kinderschutzbund, Jugendberatungsstellen, Psychosoziale und Suchtberatungsstellen für Jugendliche, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Fachberatungsstellen für Krisenintervention und Suizidprävention
- Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
- Bei Heranwachsenden ggfs. auch Werkstätten für psychisch kranke Menschen,
- Selbsthilfegruppen für Kinder und Jugendliche.

Dabei soll sowohl zu Beginn als auch während der Versorgung 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 dabei 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. Zudem kann beispielsweise eine unkoordinierte, doppelte Verordnung des gleichen Heilmittels durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer natürlich auch unterschiedliche Zielsetzungen haben und nicht mehr im Einklang mit dem Gesamtbehandlungsplan stehen. Darüber hinaus widerspricht eine doppelte Verordnung derselben Maßnahmen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Davon unberührt bleiben bereits begonnen Behandlungen, die zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung nach den Vorgaben des § 4 Absatz 8 fortgesetzt werden.

2.2.3 § 10 Gesamtbehandlungsplan

Vorbemerkung:

Menschen insbesondere mit 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. 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 Patienten, als auch die weiteren Leistungserbringer oder Leistungserbringerinnen nach § 4 Absatz 3, die nicht die Bezugsfunktion übernommen haben, einbezogen. Dabei werden die 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 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 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. Unberührt bleibt die fortwährende Möglichkeit der Anzeige von Änderungsbedarfen gegenüber der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten nach Absatz 5.

Absatz 2:

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

Er umfasst außerdem den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln, pädagogischer und 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 kranken 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 können auch Einrichtungen außerhalb des SGB V genannt werden, die nach § 4 Abs. 5 Berücksichtigung finden.

Absatz 3:

In Absatz 2 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 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten angepasst werden. Hierdurch soll 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 Koordination der Versorgung

Absatz 1:

Ein weiteres wichtiges Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Koordination der Versorgung. Schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf sind in besonderem Maße auf eine patientenzentrierte Versorgungskoordination angewiesen. Zu koordinieren sind die Aufgaben nach § 7 Absatz 2, d.h. Aufgaben, deren Ausrichtung und Zielsetzung innerhalb der patientenindividuellen Versorgung im Vorhinein nicht gewichtet und festgelegt werden kann: so können beispielsweise im Rahmen von fachlichem Austausch oder therapeutischer Anleitung auch organisatorische Aspekte enthalten sein; im Rahmen eines Monitorings mittels des Führens von Gesprächen im Lebensumfeld können anamnestische Aspekte im Vordergrund stehen.

Insofern entscheidet mit Blick auf die patientenindividuelle, komplexe Versorgung jeweils die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut, ob und bei welchen Aufgaben nach § 7 Absatz 2 er oder sie sich von einer nichtärztlichen Person unterstützen lässt.

2.2.5 § 12 Telemedizin

In der Versorgung von Kindern –und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen spielt die kontinuierliche Abstimmung und Kommunikation der an der Versorgung des Patienten oder der Patientin beteiligten Personen eine wichtige Rolle. Daher können ebenfalls telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten, wie Telekonsilien, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, 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 zwischen Ärzten und Ärztinnen aller Fachgruppen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und Zahnärzten und Zahnärztinnen bei unterschiedlichen fachlichen Fragestellungen ambulant oder stationär tätige Kollegen und Kolleginnen digital - im Rahmen eines Telekonsiliums – in den Austausch treten. Ein Telekonsilium ist die zeitgleiche oder zeitversetzte Kommunikation zwischen den Genannten. 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 der Patient oder die Patientin teilnimmt.

2.2.6 § 13 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 § 13 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.

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 Bezugsärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt bzw. der zuständigen Bezugspsychotherapeutin oder dem zuständigen Bezugspsychotherapeuten in Kontakt und übermittelt den Entlassbrief gemäß § 39 Absatz 1a SGB V und informiert ihn oder sie zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten über den voraussichtlichen Entlassungstag.

Um Versorgungsabbrüche beim Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung möglichst zu vermeiden und die Behandlungskontinuität sicherzustellen, bietet der für die Patientin oder den Patienten zuständigen Bezugsärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt bzw.

der zuständigen Bezugspsychotherapeutin oder dem zuständigen Bezugspsychotherapeuten dem Patienten oder der Patientin möglichst innerhalb von 10 Tagen einen Termin zur Weiterbehandlung an.

Absatz 3:

In Absatz 3 werden Vorgaben für die Konstellation getroffen, in der eine Indikation nach § 2 Absatz 1 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 kann das Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung der Patientin oder des Patienten die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie empfehlen, mit entsprechender Einwilligung den Kontakt zu einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin nach § 4 Absatz 7 herstellen, die Bedarfsprüfung an den entsprechenden Leistungserbringer oder die Leistungserbringerin übermitteln sowie die Terminvereinbarung zur Eingangssprechstunde vornehmen. Der Termin hat möglichst innerhalb von zehn Werktagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin zu erfolgen, um eine nahtlose Anschlussbehandlung sicherzustellen.

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 Bezugsärztin 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.

2.2.7 § 14 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 Bezugsärztin 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 Versicherte 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 regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Verlaufs durch die Bezugsärztin 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 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.

2.3 C. Evaluation

2.3.1 § 15 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 in einem angemessenen Umfang 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. Im Gegensatz zur KSVPsych-RL für Erwachsene wird auf die Vorfestlegung von möglichen Evaluationsfragestellungen verzichtet, da sich in deren Umsetzung der Evaluation gezeigt hat, dass viele Fragestellungen aufgrund unterschiedlicher Herausforderungen nicht umgesetzt werden konnten. Eine Befassung mit möglichen Evaluationsfragestellungen scheint daher erst im Rahmen zu den Beratungen einer konkreten Umsetzung der Evaluation zur KJ-KSVPsych- RL sinnvoll.

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für 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 Patientinnen und Patienten in koordinierter und strukturierter Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Versorgung. In diesem Zusammenhang lassen sich neue Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizieren: …(noch auszufüllen)

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
2023	*UA PPV*	*Anhörung der Stellungnahmeberechtigten*
2024	*UA PPV*	*Würdigung der mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen sowie Beratungen des RL-Entwurfes und der Tragenden Gründe*
2024	*G-BA*	*Beschlussfassung*
TT.MM.2024		*Ergebnis der Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V*
TT.MM.2024		*Veröffentlichung im Bundesanzeiger*
TT.MM.2024		*Inkrafttreten*

Berlin, den TT.MM.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

(KJ-KSVPsych-RL)

Inhalt

A. Allgemeines ... 3

§ 1 Zweck und Versorgungsziele ... 3

§ 2 Definition der Patientengruppe ... 5

§ 3 Transition ... 6

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 7

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 9

§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 10

§ 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie ... 11

B. Patientenversorgung ... 12

§ 8 Zugang ... 12

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ... 13

§ 10 Gesamtbehandlungsplan ... 14

§ 11 Leistungen der Kooperation und Koordination ... 15

§ 12 Telemedizin ... 16

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 17

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 19

C. Evaluation ... 20

§ 15 Evaluation ... 20

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).

(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:

1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patientin oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.
7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

8. Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.

§ 2 Definition der Patientengruppe

(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.

(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist.

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.

§ 3 Transition

(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.

(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen:

1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten.
2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen.
3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen.
4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch und koordiniert die weitere Transition.

(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.

(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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.

Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.

(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein patientenbezogener oder patientenübergreifender strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und
4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen oder
5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V,
6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V.

(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein:

1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung.

Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden.

(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante (Kinder-)Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
5. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
6. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
7. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung,
8. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten,
9. Jugendämter,
10. Öffentlicher Gesundheitsdienst,
11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII),
12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.

(4) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein dem Gesamtbehandlungsplan entsprechendes Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nr. 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

(2) Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 beteiligten Leistungserbringer legen zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie jeweils fallbezogen fest, wer die Aufgabe der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen.

(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nr. 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

(4) Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach § 10 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität sind zu berücksichtigen.

(5) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für

1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,
2. die unverzügliche Einleitung einer ambulanten oder stationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung,
4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.

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

Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann unterstützend auch durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:

1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,
2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 Nr. 3 – 8 ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

§ 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie

(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht:

1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8;
2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1);
3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2;
4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10;
5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;
6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

(1) Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

(2) Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

(4) Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann auch im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

(5) Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

(6) 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern.
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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummern 1 - 6. Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummern 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 8 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1 wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.

(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens

1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2,
2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie,
3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3 welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen) einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),
4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen,
5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.

(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 verbindlich. Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans. Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.

§ 11 Leistungen der Kooperation und Koordination

(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2:

1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern,
2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie
3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens.

(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2

1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4,
2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4,
3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4,
4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,
5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue,
6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld,
7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

§ 12 Telemedizin

Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um sowohl die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie als auch die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

(3) Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet zeitnah nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.

(4) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

(5) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

(6) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache

mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß § 4 Absatz 5 Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.

(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist, soweit erforderlich, anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.

(3) Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.“

II. Die Erstfassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendlich mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

KJ-KSVPsych-RL

Vom TT.MM.2024

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 3

2. Eckpunkte der Entscheidung ... 3

2.1 A. Allgemeines ... 5

2.1.1 § 1 Zweck und Versorgungsziele ... 10

2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe ... 15

2.1.3 § 3 Transition ... 17

2.1.4 § 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 21

2.1.5 § 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 22

2.1.6 § 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 25

2.1.7 § 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie ... 26

2.2 B. Patientenversorgung ... 29

2.2.1 § 8 Zugang ... 29

2.2.2 § 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ... 31

2.2.3 § 10 Gesamtbehandlungsplan ... 32

2.2.4 § 11 Leistungen der Kooperation und Koordination ... 35

2.2.5 § 12 Telemedizin ... 36

2.2.6 § 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 37

2.2.7 § 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 39

2.3 C. Evaluation ... 40

2.3.1 § 15 Evaluation 40
3. Bürokratiekostenermittlung 43
4. Verfahrensablauf 44

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, welches am 01. 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 sowie die bestehenden Versorgungsstrukturen unterscheiden sich in wesentlichen Punkten von denjenigen 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 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, der entsprechenden Einrichtungen wie Praxen und Krankenhäusern ebenso wie die Vernetzung mit an der Versorgung beteiligten weiteren Leistungserbringern außerhalb des SGB V-Bereiches (vgl. hierzu insbesondere unter 2.).

In der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem gesetzlichen Auftrag[1] nach § 92 Absatz 6b SBG 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
[2] vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85 (Beschlussempfehlung und Bericht)
[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 Bedingungszusammenhang, 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 haben.

Zum entwicklungsbestimmenden Lebensumfeld gehören Eltern, Familien oder familienähnliche Strukturen bei Kindern, die in Heimeinrichtungen aufwachsen, die Peers, das gesamte soziale und ökonomische Umfeld, Kita, 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 Störungen 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 Kita, Schule und der beruflicher 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 deren Einverständnis. 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 spielt 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 SGB-V 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. 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 wie auch der verfügbaren Angebote ist es unabdingbar, dass eine Richtlinie für Kinder und Jugendliche grundlegend neu erarbeitet werden muss 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 KSV-Richtlinie zu nutzen und in die Erarbeitung der KJ-KSV-RiLi 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 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.

Ein weiterer Unterschied zur Erwachsenenversorgung entsteht durch die Regelungen zur Transition. Da an dieser Schnittstelle erfahrungsgemäß viele der insbesondere schwer psychisch kranken 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, die oder der die Verantwortung für das Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsbestandteile entsprechend des Gesamtbehandlungsplans trägt, und ggf. 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 Absätze 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes 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 verbindlichen 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 haus- und fachärztlicher bzw. 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 auch eine 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 zu berücksichtigender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, mit denen bei Bedarf zusammengearbeitet wird (§ 4), die Definition der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten (§ 5), die Definition der zuständigen Berufsgruppen für die Koordination der Patientinnen und Patienten (§ 6) sowie Festlegungen in § 7 zur Interdisziplinären Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) sowie zu weiteren Aufgaben der Leistungserbringer.

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 sowie, in § 11, zu Leistungen der Kooperation und Koordination**.**

Weitere Paragraphen beinhalten Vorgaben zur Telemedizin (§ 12), zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 13), zur Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 14).

Abschnitt C (Evaluation) enthält Vorgaben zur Evaluation der KJ-KSVPsych-RL (§ 15).

Weitere zentrale Elemente des Richtlinien-Entwurfs der Patientenvertretung

Der G-BA setzt nun mit der KSVPsychKiJu direkt bei dem zuvor dargestellten Behandlungsbedarf schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher und dem bestehenden Versorgungsstrukturen an. Die Richtlinie leistet insbesondere einen Beitrag dazu, im Sinne der jungen Patientinnen und Patienten die Koordination der Leistungen sowie die Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer zu verbessern. Daraus ergeben sich die folgenden weiteren markanten Eckpunkte der Richtlinie:

- Definition der Patientengruppe hinsichtlich des komplexen Behandlungsbedarfs: Das Anliegen der Richtlinie, ggf. bereits bestehende sozialgesetzbuchübergreifende Versorgungssituationen zu nutzen und diese nicht durch hochschwellige Erfordernisse der Richtlinie zu destabilisieren, spiegelt sich auch in der Definition des komplexen Behandlungsbedarfs wider, wie ihn die Patientenvertretung vorschlägt. Demzufolge liegt ein solcher vor, wenn mindestens eine Maßnahme der Krankenbehandlung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten durch einen Leistungserbringer des SGB V notwendig ist und zudem eine weitere psychosoziale Leistung erbracht wird; diese kann jedoch durchaus durch den Leistungserbringer eines anderen Sozialgesetzbuches erfolgen, um so Versorgungssituationen gerecht zu werden, in denen

z. B. bereits Psychotherapie oder andere Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz erbracht wird.

- Kooperation: Im Vordergrund der Verbesserung der Versorgung durch diese Richtlinie steht die Verbesserung der Kooperation aller an der an der individuellen Versorgung beteiligten Leistungserbringer (§ 7 Absatz 1). Die Richtlinie beschreibt auch die wesentlichen Inhalte guter Kooperation (§ 11 Absatz 1).
- Adhoc Teams: Wesentliches Element guter Kooperation ist auch, dass die an der Versorgung der Patientin oder des Patientin aufgrund seiner psychischen Erkrankung involvierten Leistungserbringer des SGB V sich patientenindividuell zu so genannten adhoc-Teams zusammenschließen, sich damit zur Kooperation verpflichten und gemeinsam nach einem untereinander abgestimmten Gesamtbehandlungsplan zusammenarbeiten. Der G-BA kann für Leistungserbringer außerhalb des SGB V keine verbindlichen Regelungen treffen. Doch aus dem Dargestellten erschließt sich, dass deren Einbindung, soweit sie im einzelnen Fall an der Versorgung beteiligt sind, anzustreben ist. Das adhoc-Team soll daher nach Möglichkeit zudem auch Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher umfassen, die an der Versorgung der Patientin oder des Patienten aufgrund seiner psychischen Erkrankung beteiligt sind. Diese sind selbstverständlich nicht an die Regelungen dieser Richtlinie gebunden und können keinen Leistungsanspruch gegenüber dem SGB V-Bereich geltend machen. (§ 7 Absatz 1).
- Koordination: Obligatorisch für die Bildung des adhoc-Teams ist die durch eine Ärztin oder einen Arzt bzw. eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten zu übernehmende Rolle der Bezugsfunktion für die Patientin oder den Patienten. Dem Leistungserbringer, der diese Funktion ausübt, obliegt auch die Koordination der Leistungserbringer miteinander (§ 7 Absatz 2); er kann sie jedoch auch an eine geeignete nichtärztliche Person delegieren. Die wesentlichen Inhalte der Kooperationsleistung werden in § 11 Absatz 2 geregelt. Werden die einzelnen Leistungserbringer jedoch bereits gut untereinander koordiniert – z. B. durch das Jugendamt – entfällt die Notwendigkeit, dass die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut die Koordination nach dieser Richtlinie ausführt. Diese Regelung soll gewährleisten, dass in den Fällen, in denen sich bereits eine abgestimmte Versorgungssituation zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Sozialgesetzbücher etabliert hat, diese keinesfalls durch eine Versorgung nach dieser Richtlinie „gestört“ werden soll.
- Zugunsten einer Erleichterung des Sektorenübergangs sowie zur Sicherstellung einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung besteht im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Möglichkeit der temporär gleichzeitig zu erbringenden ambulanten Leistungen eines niedergelassenen Leistungserbringers nach § 4 Absatz 1 sowie einer Psychiatrische Institutsambulanz nach § 4 Absatz 1 Nummer 6.
- An der Versorgung nach dieser Richtlinie können ausdrücklich auch sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie Krankenhäuser mit einer auf Kinder und Jugendliche ausgerichteten psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V (§ 4 Absatz 1) teilnehmen. Diese Einrichtungen bzw. dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können auch die Rolle der Bezugsperson übernehmen (§ 5 Absatz 1).
- Bezugsperson: Für die Übernahme der Bezugsfunktion ist kein voller Versorgungsauftrag erforderlich (§ 5 Absatz 3).

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 KSV-Psych Richtlinie im Jahr 2022 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für Erwachsene etabliert wurde. Bei der Behandlung von insbesondere schwer psychisch kranken 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 Akteure des § 91 Abs. 6 SGB V rechtlich binden kann, hat ein solches Zusammenwirken gerade im Bereich der insbesondere schwer psychisch kranken 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 erleichtert und teilweise auch erst ermöglicht wird. So ist bspw. vorgesehen, dass Fallkonferenzen mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher stattfinden können. Zwar kann eine Teilnahme an derartigen Austauschen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher im Rahmen dieser Richtlinie nicht eingefordert werden, jedoch kann durch diese Richtlinie ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg stärkt. Die grundlegenden Regelungen und Verpflichtungen der Sozialgesetzbücher werden hiervon nicht berührt.

In der Richtlinie wird mit dem Begriff „stationäre Versorgung“ auch die Erbringung von teilstationären, vollstationären sowie stationsäquivalenten Leistungen umfasst.

Der Begriff „relevante Bezugspersonen“ bezeichnet Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten. Dies können – bei Zustimmung der Patientin oder des Patienten – insbesondere Sorgeberechtigte, 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 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 2.:

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen fällt 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. Diesen Unterzielen wird die Versorgung nach dieser Richtlinie gerecht, indem besondere Möglichkeiten 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 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 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 Einbindung und Abstimmung mit den Hilfesystemen anderer Sozialgesetzbücher erforderlich macht, um einen größtmöglichen Effekt zu erzielen.. Die Ziele der Krankenbehandlung sollten daher weitgehend harmonisiert sein mit den Zielen der Hilfesysteme der anderen Sozialgesetzbücher. Hierfür ist eine Einbindung der Patientinnen und Patienten gleichermaßen notwendig, so dass die individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele gemeinsame Akzeptanz durch die verschiedenen Leistungserbringer 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 Nr. 1 ausgeführt.

Zu 5.:

Im Rahmen der Versorgung von 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 bedarfsgerechte Einleitung einer stationären Behandlung erforderlich ist. Das für den Bereich der psychiatrischen Versorgung grundsätzlich anzustrebende Primat der ambulanten Versorgung darf vor dem Hintergrund der Belastungssituation, die sich aus der schweren psychischen Erkrankung eines Kindes oder Jugendlichen für die gesamte Familie ergibt, nicht den Blick dafür verstellen, dass eine bedarfsgerechte stationäre Behandlung für das Kind bzw. den Jugendlichen eine angemessene Hilfe darstellen kann und die Familie zugleich temporär von der Verantwortung entlastet.

Zu 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. Kinder und Jugendliche 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 patientenindividuelle Koordinierung geschaffen wird. Diese Koordinierung setzt zunächst 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 Koordinierung Schnittstellen managt und Hilfesysteme und Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher bei Bedarf einbindet. 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 Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher oder die Übernahmen von Leistungen oder sonstigen Verpflichtungen aus anderen Sozialgesetzbüchern ist davon nicht umfasst.

Zu 7.:

Die Möglichkeit im Rahmen der vorliegenden Richtlinie temporär sowohl ambulante Leistungen eines Bezugsarztes als auch Leistungen einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Anspruch nehmen zu können, dient der Verbesserung des Sektorenübergangs – sowohl im Vorfeld als auch Nachgang einer stationären Versorgung. Überdies zielt die Etablierung dieser Versorgungsmöglichkeit auf die Vermeidung stationärer Aufenthalte, da durch sie ein intensiviertes Versorgungsangebot für jene schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendliche erreicht werden kann, für die eine kontinuierliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt bzw. -Psychotherapeuten nicht ausreichend ist und überdies kein ausreichend stützendes soziales Netzwerk besteht (vgl. PIA-Vereinbarung Anlage 1. Nr. 3, 1. Spiegelstrich). Nicht zuletzt kann diese Verzahnung zweier ambulanter Angebote gerade auch im ländlichen, im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung vergleichsweise dünn ausgestatteten, Raum zu einer bedarfsgerechten Versorgung schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher beitragen.

Zu 8.:

Aufbauend auf der Koordinierung, die in Nr. 6 explizit adressiert wird, wird mit dieser Richtlinie eine Verbesserung der Kooperation angestrebt. Hierbei wird aufgrund der vielfältigen Anknüpfungspunkte in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern ein besonderer Fokus gelegt.

Zu 9.:

Jugendliche und junge Erwachsene sind in einer Lebensphase, die häufig mit einer besonderen Vulnerabilität einhergeht. In dieser Phase der Entwicklung, wo sich zudem auch die Lebensumstände häufig stark verändern, ist ein strukturiertes, abgestimmtes und gezieltes Vorgehen zur Stabilisierung der Patientinnen und Patienten erforderlich, um eine geeignete Krankenbehandlung zu ermöglichen. Entsprechend sieht diese Richtlinie Maßnahmen vor, die 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 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 mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Maßnahme.

Zu 2.:

An der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sind mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Ein abgestimmter, für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlicher Gesamtbehandlungsplan, der von dem Bezugsarzt oder der Bezugsärztin oder dem Bezugspsychotherapeuten oder der Bezugspsychotherapeutin 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 über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg bildet. Sowohl bei der Leistungserbringung innerhalb des SGB V als auch bei einer sozialgesetzbuchübergreifenden Zusammenarbeit ergeben sich viele Schnittstellen, wo koordinierende Maßnahmen die Grundlage für eine verbesserte Kooperation bilden.

Zu 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 Lebensumfelds 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 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 5.:

Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin 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 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 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 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 ist das soziale Umfeld in die Versorgung 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 –umstände ermöglichen; hierbei ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten sowie ggf. der Sorgeberechtigten erforderlich.

Zu 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 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 zusammenarbeiten. Zudem wird in der Versorgung nach dieser Richtlinie die Möglichkeit eröffnet, Fallbesprechungen auch mit Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher durchzuführen; diese Fallbesprechungen können sowohl per Video als auch in geeigneten Räumlichkeiten unter Anwesenheit der Teilnehmer stattfinden.

2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe

Vorbemerkung:

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 Störungen und aufgrund der teils fehlenden stabilisierenden Bezugspersonen sind psychisch kranke 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 Kita, Schule und Arbeitsleben zu fördern und 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. Diesem über eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung

im engeren Sinne hinausgehenden, besonderen (komplexen) Behandlungsbedarf trägt die neue Versorgung nach dieser Richtlinie Rechnung.

Absatz 1:

Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen von der Geburt bis zum Ende des 21. Lebensjahres, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, nach dieser Richtlinie versorgt werden.

In den folgenden Absätzen 2 und 3 sind diese Kriterien dann differenziert bestimmt.

Dazu gehört neben dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung auch, dass durch die Schwere der Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und zusätzlich ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht.

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 des Ausprägungsgrades der psychischen Störung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen erforderlich sind.

Nicht aufgenommen sind die Erkrankungen der Gruppe F00 des V. Kapitels ICD 10 GM (Demenz bei Alzheimer-Krankheit), da diese im Kinder- und Jugendalter als Hauptdiagnosen nicht relevant sind.

Absatz 2:

In Absatz 2 wird die systematische Erfassung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen durch das allgemein anerkannte multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS) der WHO vorgegeben. Schwere und anhaltende psychische Erkrankungen können weiterführend in Ergänzung zur Diagnose insbesondere durch ihre Auswirkungen charakterisiert werden, d. h. durch damit einhergehende deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen. Das MAS – und hierbei konkret die 6. Achse - wurde als Instrument ausgewählt, weil sie eine aufwandsarme, standardisierte und in der Praxis gängige Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus bei unterschiedlichen psychischen Störungen ermöglicht. Die Beurteilung beruht auf einer klinischen Gesamteinschätzung der Patientin oder des Patienten auf Basis des gesamten diagnostischen Prozesses unter Berücksichtigung aller Beeinträchtigungen des Patienten oder der Patientin. Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen in der Regel dann vor, wenn auf der 6. Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist. So beinhaltet die Stufe 4 der sechsten Achse bspw. 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)“. In den Stufen fünf bis acht wird eine darüber hinausgehende Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus definiert. Diese unterschiedlichen und ausgeprägten Beeinträchtigungen erfordern zumeist eine Behandlung durch mehrere Professionen (z. B. psychiatrisch, psychotherapeutisch, ergotherapeutisch, soziotherapeutisch). Ein psychosoziales Funktionsniveau in Höhe eines MAS-Werts von 4 bis 8 auf der 6. Achse bewirkt i. d. R., dass die Patientin oder der Patient nicht mehr in der Lage ist, alters- und entwicklungsentsprechend sozial teilzuhaben. Die Patienten oder Patientinnen und deren relevante Bezugspersonen sind darauf angewiesen, geeignete Hilfen oder

Behandlungsplätze zu finden, Behandlungstermine selbständig zu organisieren oder die notwendigen Behandlungen kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu erhalten, bedarf diese Patientin oder dieser Patient einer koordinierten und strukturierten Versorgung, wie sie in dieser Richtlinie festgelegt ist.

Je nach Unterstützungsmöglichkeiten und Fürsorge des Lebensumfeldes können Patientinnen und Patienten aber trotz Vorliegen eines MAS-Werts von 4 bis 8 auf der 6. Achse und einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel in manchen Fällen selbst bzw. deren Bezugspersonen in der Lage sein, notwendige Behandlungsmaßnahmen zu organisieren und in Anspruch zu nehmen und benötigen dementsprechend keine Versorgung nach dieser Richtlinie. Aus diesem Grund sind neben einem MAS-Wert von 4 bis 8 auf der 6. Achse weitere Kriterien Voraussetzung für die Versorgung nach dieser Richtlinie. Diese Kriterien sind in den folgenden Absätzen näher ausgeführt.

Absatz 3:

Der komplexe Behandlungsbedarf von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist gekennzeichnet durch das Erfordernis von Leistungen aus verschiedenen Behandlungs- und Leistungsbereichen. Zu diesen Behandlungen gehören die ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in ambulanter, teilstationärer, stationärer oder stationsäquivalenter Behandlung ebenso wie nichtärztliche Leistungen, beispielsweise die häusliche psychiatrische Krankenpflege, die Soziotherapie, Heilmittel wie die Logopädie oder heilpädagogische Leistungen. Um das Kriterium des komplexen Behandlungsbedarfs zu erfüllen, kann der Bedarf nach mindestens zwei der genannten Leistungen herangezogen werden, es kann aber auch zusätzlich zu einer Leistung der Krankenbehandlung durch einen Leistungserbringer des SGB V der Bedarf nach einer psychosozialen Leistung herangezogen werden, die bereits durch einen Leistungserbringer außerhalb des SGB V erfolgt. Beispiele für diese Leistungen können Leistungen der Jugendhilfe nach dem SGB VIII oder Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe nach dem SGB IX sein. Es muss sich bei diesen Leistungen immer um Leistungen handeln, die aufgrund der psychischen Erkrankung des Kindes oder der jugendlichen Person für diesen Einzelfall erbracht werden.

Absatz 4:

Dieser Absatz bildet die Altersgrenzen der Behandlung 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 Störungen bei diesen Entwicklungsaufgaben zu begleiten und zu unterstützen. Dies gilt umso mehr für Jugendliche mit schweren psychischen Störungen. 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 gewährleisten[4]. Im Gegensatz dazu beschreibt der Begriff Transfer (lat. transfere „hinüberbringen“) die direkte Übergabe des Patienten von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin als einmaliges Ereignis.

Im Rahmen der Richtlinie wird 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 besoderen 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 eine klare Abgrenzung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie.

Bei der Transition von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Herangehensweise und Behandlung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich 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 Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugstherapeutin oder den Bezugstherapeut 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 Störungen teilweise altersabhängige Besonderheiten zu beachten.

In diesem Zusammenhang formulierten z. B. Fegert et al. (2021)[5] als Ziele der Transitionspsychiatrie u.a., die Entwicklung heranwachsender Patientinnen in psychischen bzw. adoleszentären Krisen positiv zu beeinflussen, vermeidbare langfristige Krankheitsentwicklung bzw. Chronifizierungen und Hospitalisierung bei psychischen Störungen 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

[4] S3-Leitlinie der Gesellschaft für Transitionsmedizin.

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

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 weiterer komplementärer 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 den neuen, aufnehmenden Bezugstherapeuten 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 Anbindung an die Erwachsenversorgung erforderlich ist, auch die notwendigen Elemente zur Ausgestaltung des Versorgungsübergangs (Transitionsmaßnahmen) festzuhalten. Die mit dem Patienten oder der Patientin abgestimmten Transitionsmaßnahmen sind ggfs. im Verlauf der Transition von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten individuell anzupassen.

Zu 1.:

Der Zeitpunkt, an dem der Transfer eingeleitet und abgestimmt wird, hängt maßgeblich von der jeweiligen psychischen Erkrankung, des Behandlungsverlaufes sowie des individuellen Entwicklungsstandes 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 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 und den Patienten ist es wichtig, transparent über die Transition informiert zu werden und Klarheit in Bezug auf die neuen Ansprechpartner und Bezugstherapeuten zu erhalten. Hierbei sind ggfs. bestehende Ängste und Unsicherheiten der Patientin bzw. des Patienten in Bezug auf den Wechsel in die Erwachsenenversorgung zu berücksichtigen. Dabei gilt es, die Eigenverantwortung des Patienten oder der Patientin 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 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 der oder dem zukünftig die Behandlung fortführenden Leistungserbringer und weiteren Ansprechpartnern der Erwachsenenversorgung rechtzeitig anzubahnen. Je nach Erkrankung und Entwicklungstand des jungen Erwachsenen sind neben

fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern weitere nicht-ärztliche Leistungserbringer in die Transition einzubinden, denn mit Erreichen der Volljährigkeit sind meist auch andere weitreichenden Lebensveränderungen wie z. B. Schulabschluss, Ablösung vom Elternhaus, Wechsel des sozialen Umfeldes verbunden, die zu einer Destabilisierung der Patientin bzw. des Patienten führen können.

Zu 4.:

Um einen nahtlosen Transfer in den Erwachsenenbereich zu erreichen, ist die Übergabe wesentlicher Informationen über den Behandlungsverlauf, den Entwicklungstand, den gegenwärtigen psychischen Zustand und den Verlauf der Transition an die oder den Leistungserbringer aus dem Erwachsenenbereich von enormer Wichtigkeit. Im Rahmen der Transition ist daher mindestens eine Fallbesprechung mit der behandelnden Bezugsärztin 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 Nr. 2-3. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut begleitet den Transitionsprozess bis zur sicheren Anbindung des jungen Erwachsenen in der Erwachsenenversorgung.

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 Leistungserbringer 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 Leistungserbringern außerhalb des SGB V ist daher bei der Planung und Abstimmung der Transitionsmaßnahmen gemäß § 3 Absatz 2 Nr. 2-4 zu berücksichtigen.

Die Einbindung nicht-ärztlicher Leistungserbringer wie z. B. Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen, Pflegefachpersonen und auch 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).

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 Jugendlichen Bereich profitiert.

Abhängig vom individuellen Entwicklungsstand 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:

Für Jugendliche und junge Erwachsene, bei denen ein Transfer bevorsteht, soll, wie bereits ausgeführt, ein strukturierter Übergang in die Erwachsenenversorgung erfolgen. Hierbei sollte, sofern möglich, auf die entsprechenden Strukturen der Erwachsenenversorgung zurückgegriffen werden. Damit diese Strukturen auch zielführend die Versorgung der Patientin oder des Patienten fortführen können, sind beispielsweise Fallbesprechungen geeignet, die einen interdisziplinären Austausch und eine Abstimmung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ermöglichen.

2.1.4 § 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Absatz 1:

In Absatz 1 wird geregelt, welche Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen des SGB V zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie grundsätzlich berechtigt und damit letztendlich nach dieser Richtlinie abrechnungsbefugt sind. Um allen einschlägig qualifizierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zur Teilnahme an der Versorgung dieser Richtlinie zu geben und auf diese Weise eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind dies neben den unter Nr. 1-4 genannten Fachärztinnen und Fachärzten sowie (Kinder- und Jugendlichen)Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Ermächtigte Einrichtungen (SPZs) nach § 119 SGB V sowie nach § 108 zugelassene Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung

Absatz 2:

In Absatz 2 werden all jene Leistungserbringerinnen des SGB V aufgelistet, die bei patientenindividuellem Bedarf im Rahmen der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie einbezogen werden können.

Absatz 3:

In Absatz 3 wird eine Reihe von Leistungserbringern aufgelistet, die im Rahmen dieser Richtlinie bei Bedarf berücksichtigt werden soll. Diese Leistungserbringer können je nach patientenindividuellem Bedarf zu dem in § 7 definierten patientenindividuellen adhoc-Team hinzukommen. Durch diese Auflistung sollen die Leistungserbringer nach Absatz 1 und Absatz 2 dafür sensibilisiert werden, auch in einen Austausch mit Berufsgruppen und Einrichtungen außerhalb des SGB V zu treten und so das in § 1 Nummer 9 formulierte Versorgungsziel zu verfolgen.

Dabei kann die Zusammenarbeit mit u. a. Rehabilitationseinrichtungen und zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sehr wichtig sein. Weitere wesentliche Einrichtungen können z. B. Suchtberatungsstellen, Traumaambulanzen, Selbsthilfeorganisationen und

psychosoziale Einrichtungen sein. Ein zentrales Element ist hierbei die Einwilligung der Patientin oder des Patienten zum Austausch zwischen der Einrichtung, ggf. der nichtärztlichen koordinierenden Person, der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt sowie der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten.

Der Umfang dieser nicht abschließenden Aufzählung macht deutlich, wie hoch der Bedarf insbesondere schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten an Unterstützung und Begleitung ist.

Die Leistungserbringer nach Absatz 3 sind nicht berechtigt zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie im Sinne von Absatz 1, d. h., sie sind nicht abrechnungsbefugt im Rahmen dieser Richtlinie.

Absatz 4:

In Absatz 4 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 5 und Absatz 6:

Damit eine größere Publizität des Versorgungsangebots erfolgt, teilen Leistungserbringer nach Absatz 1 den Kassenärztlichen Vereinigungen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften ihr Angebot mit, im Rahmen der neuen Versorgung zur Verfügung zu stehen. Ebenso teilen sie ihre Erreichbarkeit mit. Beide Informationen sind zur Veröffentlichung im Internet bestimmt. Die Veröffentlichung sollte barrierefrei sein. Zur Information der Versicherten ist das Verzeichnis auch den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in maschinenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen. Der Mitteilung ist überdies eine Erklärung beizufügen, aus der ersichtlich wird, dass der Leistungserbringer über die fachliche Expertise verfügt, die kooperativen und ggf. auch koordinativen Leistungen nach dieser Richtlinie zu erbringen. Dies bedeutet insbesondere, dass er über sehr gute Kenntnisse des komplexen, sozialgesetzbücherübergreifenden Hilfesystems für Kinder- und Jugendliche verfügt.

2.1.5 § 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

Vorbemerkung:

Eine berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für insbesondere schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf erfordert neben einer gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer eine konstante Ansprechpartnerin bzw. einen konstanten Ansprechpartner für die Patientin oder den Patienten sowie deren relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und die anderen an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringer. Diese Bezugsärztin oder Bezugspsychotherapeutin oder dieser Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut trägt die fachliche Gesamtverantwortung für den therapeutischen Prozess und hat als erste Ansprechpartnerin bzw. als erster Ansprechpartner in besonderem Maße das Vertrauen der Patientin oder des Patienten und deren oder dessen Angehörigen.

Ein wesentliches Element nach dieser Richtlinie ist deshalb die Implementierung der Rolle einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, welche bzw. welcher hauptverantwortlich für den Versorgungsprozess nach dieser Richtlinie ist. Für die Patientin bzw. den Patienten ist damit die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugstherapeutin oder der Bezugstherapeut die wichtigste Bezugsperson hinsichtlich des Versorgungsgeschehens. Diese Rolle beinhaltet sowohl die Verantwortung für die gemeinsame Erstellung und Fortschreibung eines Gesamtbehandlungsplans als auch dafür, dass die diagnostischen Maßnahmen und die Behandlungsbestandteile der Versorgung fachlich aufeinander abgestimmt sind und entsprechend ineinandergreifen.

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit hohem und komplexem Behandlungsbedarf besteht erfahrungsgemäß die große Gefahr, dass verschiedene Behandlungen, Maßnahmen und Hilfen, insbesondere wenn sie sektoren- uns sozialgesetzbuchübergreifend erbracht werden, unkoordiniert und nicht aufeinander abgestimmt erfolgen; wichtige Informationen für den Behandlungserfolg werden nur unzureichend ausgetauscht. Der Mangel an interinstitutioneller und interdisziplinärer Abstimmung, an Koordination der Sektoren- und Transitionsübergängen und an personeller Kontinuität führt bei schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen oft schon früh dazu, dass es zu diskontinuierlichen Versorgungsverläufen und in Folge dessen zu unerwarteten Abbrüchen oder Unterbrechungen der Behandlung kommt. Diese häufig auftretenden Brüche, bedingt durch die Übergänge zwischen den Versorgungssystemen und eine hohe Vielfalt an behandelnden Personen, sollen mithilfe der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten vermieden werden.

Absatz 1:

Für die Patientin bzw. den Patienten ist die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugstherapeutin oder der Bezugstherapeut die wichtigste Bezugsperson hinsichtlich des Versorgungsgeschehens. Diese Rolle beinhaltet sowohl die Verantwortung für die gemeinsame Erstellung und Fortschreibung eines Gesamtbehandlungsplans als auch dafür, dass die diagnostischen Maßnahmen und die Behandlungsbestandteile der Versorgung fachlich aufeinander abgestimmt sind und entsprechend Ineinandergreifen.

Einschlägige berufsrechtliche und vertragsarztrechtliche Regelungen zu Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von den Bestimmungen dieser Richtlinie unberührt.

Absatz 2:

Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 Absatz 1, 2 und 3 beteiligten Leistungserbringer legen im Anschluss an die Eingangssprechstunde jeweils fallbezogen bis zur Erstellung des Gesamtbehandlungsplans fest, wer die Bezugsfunktion übernimmt. Bei der Wahl des Bezugstherapeuten oder der -therapeutin werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die Bezugspersonen einbezogen. Die dadurch festgelegte Bezugsärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten bleiben in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsperson, um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Wenn ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten, im Verlauf der Behandlung erforderlich wird, sind die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen.

Absatz 3:

Absatz 3 regelt, welcher Fachgruppe nach § 4 die Bezugsärztin bzw. der Bezugsarzt oder die Bezugstherapeutin oder der Bezugstherapeut angehört. Weiterhin wird festgelegt, dass auch Personen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag Bezugsärztin bzw. Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugstherapeut sein können, wenn sie trotz ihres hälftigen Versorgungsauftrags eine vollumfängliche Erreichbarkeit für den Krisenfall zu gewährleisten vermögen. Diese Regelung erfolgt, da regional unterschiedlich zwischen 70 und 80 % aller Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen und ihr Ausschluss von der Möglichkeit als Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut nach dieser Richtlinie tätig zu werden eine erhebliche Verringerung der personellen Ressourcen und der durch diese Form der Versorgung abgedeckten Flächen bedeuten würde.

Absatz 4:

Die in Absatz 4 festgelegte Bezugsärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten bleiben in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsperson, um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Dennoch kann auch ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten, im Verlauf der Behandlung erforderlich werden. Ein Wechsel der Bezugsfunktion kann verschiedene Gründe haben, ist möglich und steht dem Grundsatz der Beziehungskontinuität nicht entgegen. Die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.

Absatz 5:

Absatz 5 listet die wichtigsten Aufgaben der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten in Bezug auf die Versorgung nach dieser Richtlinie im Einzelnen auf.

Zu 1.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt auf Basis der diagnostischen Abklärung und in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten den Gesamtbehandlungsplan auf. Der Gesamtbehandlungsplan sollte in regelmäßigen Zeitabständen im Hinblick auf die Krankheitsentwicklung der Patientin oder des Patienten einer Prüfung unterzogen und ggf. angepasst werden. Bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans werden sowohl die Patienten, als auch die weiteren Leistungserbringer oder Leistungserbringerinnen nach Absatz 1, die nicht die Bezugsfunktion übernommen haben, sowie die Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 2 und Absatz 3 einbezogen. Dabei werden die Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung einbezogen.

Zu 2.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut hat die Behandlung unverzüglich einzuleiten; entsprechend des patientenindividuellen Behandlungsbedarfs sind auch ambulante, (teil-)stationäre oder stationsäquivalente Maßnahmen zu veranlassen.

Zu 3.:

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen oftmals auch mit somatischen Komorbiditäten einher. Aus diesem Grund ist durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten auch eine somatische

Abklärung durchzuführen bzw. zu veranlassen und auf eine ggf. erforderliche Behandlung der somatischen Komorbiditäten hinzuwirken.

Zu 4.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann die Koordination der Gesamtversorgung der Patientin oder de Patientin nach dieser Richtlinie übernehmen, muss dies jedoch nicht zwingend tun, wenn die Koordination der einzelnen Versorgungsmaßnahmen bereits durch einen Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 erfolgt. Dieser erbringt seine Leistungen im Rahmen der für ihn gültigen leistungsrechtlichen Grundlagen.

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 dieser Kinder und Jugendlichen 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, sondern auch für die Behandlungsplanung eine besondere Herausforderung dar.

In § 6 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die die Koordinationsfunktion übernehmen können. Bei den in Nummer 1. und 2. genannten Berufsgruppen wird eine bestehende Qualifikation bei der Behandlung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten vorausgesetzt. Da es sich insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen um komplexe Krankheitsbilder handelt, ist darüber hinaus bei den genannten Berufsgruppen der Nummern 3. bis 8. eine fachspezifische Zusatzqualifikation die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Erkrankungen belegt (beispielsweise die Fortbildung „Neurologie und Psychiatrie“ für Medizinische Fachangestellte der Bundesärztekammer), oder alternativ eine zweijährige einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich erforderlich. Bei der Berufserfahrung können Ausbildungszeiten berücksichtigt werden. Weitere konkretisierende Vorgaben zur Ausgestaltung der Zusatzqualifikation erfolgen nicht, die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen erfolgt im Genehmigungsverfahren nach § 4 Absatz 5. 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 Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen, Kindheitspädagogien und Kindheitspädagoginnen, Entwicklungspädagogen und Entwicklungspädagoginnen mit ihren erworbenen Kompetenzen geeignet, die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen bei der Koordinierung zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Inklusionspädagogen und Inklusionspädagoginnen, die einen besonderen Fokus auf Teilhabe

und Inklusion mit heilpädagogischen Inhalten haben. Darüber hinaus arbeiten bspw. auch Pflegepädagogen und Pflegepädagoginnen 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 gut geeignet, Aufgaben in diesem Bereich zu übernehmen. Ein weiteres Beispiel sind die Gesundheitspädagogen und Gesundheitspädagoginnen. Durch ihre Kompetenzen fördern sie darüber hinaus das Gesundheitsbewusstsein und haben fundierte Kenntnisse in der gesundheitlichen Pädagogik und Beratung.

2.1.7 § 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie

Vorbemerkung:

In der Vorbemerkung zu dieser Richtlinie werden die komplexen Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen beschrieben, die unter ungünstigen Bedingungen zu Entwicklungsstörungen, schweren emotionalen Störungen oder gar psychischen Erkrankungen führen können. Je nach Alter, Schwere und Dauer der Störung finden sich Entwicklungsdefizite und Teilhabe-Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen. Bei unzureichender Behandlung führen diese zur Chronifizierung, dem Nichterreichen von Entwicklungszielen und Bildungsabschlüssen sowie zu sozialer Isolierung und damit zur eingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabe mit der Gefahr von lebenslanger Behinderung.

Das Behandlungs- und Hilfesystem für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist dementsprechend komplex und umfasst neben den umfangreichen Leistungen des SGB V weitere Hilfesysteme – das SGB VIII (Jugendhilfe), den Bildungsbereich mit umfangreichen Hilfen bei Teilhabeeinschränkungen, den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD und KJPD) sowie weitere spezialisierte Beratungsstellen und Kriseneinrichtungen und nicht zuletzt die Justiz. Noch viel zu häufig arbeiten die unterschiedlichen Systeme, Dienst- und Beratungsstellen und Praxen unverbunden nebeneinander und weisen unterschiedliche Begriffssysteme und Konzepte sowie unzureichend kompatible rechtliche Grundlagen auf. Dadurch kommt es besonders bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen zu Behandlungsabbrüchen bei Systemwechseln, unverbundenen Behandlungsansätzen, mangelhafter Kommunikation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander und ineffektiven und ineffizienten Behandlungen. In Fällen, in denen von „Systemsprengern“ gesprochen wird, stehen daher im Hintergrund häufig fehlende Kommunikation, Kooperation und Koordination der Behandelnden. Eine fachbereichsübergreifende, multiprofessionelle Fallbetrachtung und gemeinsame Fallverantwortung sind deshalb unbedingt notwendig. Nur sie können die notwendigen „Behandlungen und Hilfen wie aus einer Hand“ im Sinne einer Verantwortungsgemeinschaft gewährleisten. Eine gute Kommunikation, Kooperation und Koordination der an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer bilden daher bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten dieser Richtlinie einen zentralen Angelpunkt. Die Regelungskompetenz dieser Richtlinie bezieht sich auf die SGB V-Leistungserbringer. Kooperation und Koordination bedeutet nicht, dass ein SGB V-Leistungserbringer Verantwortung übernehmen kann für die Einleitung und Durchführung einer Maßnahme z. B. des Jugendhilfe- oder Schulhilfebereiches. Jeder Bereich verantwortet seine Behandlung, Maßnahmen und Hilfen gemäß den für sie geltenden gesetzlichen Bestimmungen selbst. Die verschiedenen Behandlungs- und Unterstützungssysteme verfolgen ein gemeinsames Ziel, haben jedoch jeweils unterschiedliche Blickwinkel, Herangehensweisen, Ansatzpunkte und Finanzierungswege für

ihre Behandlungen und Hilfen. Um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen, ist es eine wichtige Herausforderung, die Kommunikation auf Augenhöhe herzustellen und eine zuverlässige Kooperation mit abgestimmten Indikationen und daraus folgenden Maßnahmen (Behandlungen und flankierenden Hilfen) zu gestalten. Dies soll durch diese Richtlinie unterstützt und gefördert werden.

Absatz 1:

Kooperation bedeutet daher im Sinne dieser Richtlinie die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern innerhalb des SGB V sowie deren Streben nach einer systemübergreifenden Zusammenarbeit mit anderen medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Diensten, sofern die Behandlungsmaßnahmen und Hilfen indiziert sind und die Patientin bzw. der Patient und seine Sorgeberechtigten entsprechend informiert wurden und dieser Vorgehensweise zustimmen. Hauptaufgabe der Kooperation sind die gemeinsame Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans im Rahmen von patientenbezogenen Fallbesprechungen, die Abstimmung und das Ineinandergreifen der einzelnen Behandlungsmaßnahmen sowie Verlaufsbesprechungen. Mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans bildet sich daher ein adhoc-Team aus Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und – soweit patientenindividuell induziert – nach Absatz 2 und Absatz 3.

Absatz 2:

Vor dem Hintergrund der oft nebeneinander statt miteinander erbrachten Leistungen in der Versorgung für insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind fachbereichsübergreifende, multiprofessionelle Fallbetrachtungen und gemeinsame Fallverantwortungen unbedingt erforderlich. Koordination im Sinne dieser Richtlinie bedeutet die Organisation der Zusammenarbeit, Terminabsprachen für gemeinsame Fallbesprechungen und die Gewährleistung eines ausreichenden Informationsflusses zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, der Familie und evtl. anderen Beteiligten unter Beachtung der Regelungen zur Einwilligung nach § 8 Abs. 6 der Richtlinie und der Beschreibung der Koordinationsaufgaben nach § 11 Absatz 2 der Richtlinie. Die Koordination der erforderlichen Leistungen und Hilfen soll die anderen Leistungserbringer, die nicht nach dieser Richtlinie tätig, aber mit der Person des Kindes oder der Jugendlichen vertraut sind, einbeziehen.

Bei der Auswahl der Person, die für die erforderliche Koordination Sorge trägt, sind drei Möglichkeiten gegeben: Es kann sich erstens um die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten handeln. Zweitens kann diese oder dieser die Koordination an eine geeignete nichtärztliche Person übertragen, die in die Versorgung einzubeziehen ist. Drittens können die koordinativen Aufgaben auch von einem Leistungserbringer übernommen werden, der mit dem Kind oder der jugendlichen Person vertraut ist und Leistungen auf der Grundlage anderer Gesetzbücher erbringt.

Dabei ist die Auswahl der koordinierenden Person vor allem an einem ggf. bestehenden Vertrauensverhältnis oder an den Erfahrungen mit den Problemlagen des Kindes oder der jugendlichen Person auszurichten. Bei der Bestimmung der koordinierenden Person sind das Kind oder die jugendliche Person einzubeziehen. Wenn in dem Entscheidungsprozess eine Person aus einem anderen Aufgabenkreis als dem des SGB die koordinierende Aufgabe übernimmt, kommen die Regelungen zur Koordination dieser Richtlinie nicht zum Tragen. Eine Vergütung der Leistungen der Koordination nach dieser Richtlinie kann in diesen Fällen nicht erfolgen. Wird die Koordination aber von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeut übernommen, ist sie oder er in verantwortlich für den koordinierenden Leistungsanteil nach dieser Richtlinie. Die

Koordinationsaufgaben können dann an eine an der Behandlung nach dieser Richtlinie beteiligte nichtärztliche Person delegiert werden.

Absatz 3:

Zusätzlich zu den kooperativen und ggf. koordinativen Leistungen dieser Richtlinie umfasst das Leistungsspektrum nach dieser Richtlinie weitere Versorgungselemente, die additiv zu den ärztlichen und psychotherapeutischen Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Regelversorgung erbracht werden.

Zu 1.:

Die Notwendigkeit, zeitnahe Termine für die Eingangssprechstunde und differenzialdiagnostische Abklärung zur Verfügung zu stellen, ergibt sich aus der Schwere der Erkrankung der Patientinnen und Patienten.

Zu 2., zu 3., zu 4., zu 5. und zu 6.:

Des Weiteren gehören auch die Entwicklung eines untereinander abgestimmten therapeutischen Vorgehens sowie die gemeinsame Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes ebenso wie die Möglichkeit bei Bedarf aufsuchend tätig zu werden, zu den essentiellen Versorgungsbausteinen dieser Richtlinie.

2.2 B. Patientenversorgung

2.2.1 § 8 Zugang

Vorbemerkung:

Die in § 8 getroffenen Regelungen regeln den Zugang der Kinder und Jugendlichen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen in die Versorgung nach dieser Richtlinie. Im Rahmen der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss wurden verschiedene Anhörungen zu dem in dieser Richtlinie ausgestaltetem 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 den verschiedenen Versorgungssystemen (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:

Die Regelungen in Absatz 1 machen deutlich, dass beim Vorliegen von den Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Behandlung gemäß der Richtlinie erfolgen kann. Die die Behandlung übernehmende Ärztin oder der Arzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut übernehmen damit die bezugsärztliche bzw. –psychotherapeutische Rolle; sie werden in ihrer Tätigkeit durch die nichtärztliche koordinierende Person unterstützt.

Absatz 2:

Der Zugang in die Versorgung nach dieser Richtlinie wird über zwei Wege beschrieben: Zum einen ist der direkte Zugang zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 möglich; also ohne vorangehende Weiterleitung durch eine andere Leistungserbringerin oder einen anderen Leistungserbringer an den Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1. Zum anderen bedarf es einer Überweisung oder Empfehlung in die Versorgung nach dieser Richtlinie, wenn der Erstkontakt nicht bei einer bezugsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Leistungserbringerin oder Leistungserbringer erfolgt. Der Zugang über eine Empfehlung wurde ergänzend gewählt, da diese von allen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Krankenhäusern sowie jugendpsychiatrischen Diensten ausgesprochen werden kann und trotzdem eine klare Rechtsfolge für die Regelung in Absatz 5 entsteht.

Absatz 3:

Um die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu dieser Versorgungsform zu gewährleisten, kann eine Überweisung oder Empfehlung durch alle Leistungserbringer nach § 4 erfolgen.

Absatz 4:

In Absatz 4 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 3 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patentinnen 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 5:

In Absatz 5 wird die Vorgabe getroffen, dass durch die Ärztin oder den Arzt, die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten oder die Einrichtung, die eine Überweisung oder Empfehlung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ausspricht, unmittelbar einen Termin für einen Erstkontakt vereinbart wird. Im Sinne einer bestmöglichen Abstimmung mit der Patientin und dem Patienten bzw. Sorgeberechtigten und einer informierten Entscheidung soll eine Übersicht mit geeigneten Versorgungsangeboten zur Verfügung gestellt werden. 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 von der überweisenden oder empfehlenden Leistungserbringerin oder dem überweisenden oder empfehlenden Leistungserbringer der Termin vereinbart werden, welcher in der Regel innerhalb von 7 Werktagen nach Überweisung oder Empfehlung stattfindet. Voraussetzung für die Vereinbarung des Termins ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten vorab.

Zur Terminvereinbarung kann auch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 14 SGB V in Anspruch genommen werden, die seit dem Inkrafttreten der Änderungen durch das Gesetz zu Reform der Psychotherapeutenausbildung zum 1. September 2020 auch Termine für die Versorgung nach dieser Richtlinie vermittelt.

Absatz 6:

Gerade für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist die Frage der Einwilligungsfähigkeit von erheblicher Bedeutung. Hiervon abhängig ist die Frage, wer eine wirksame Einwilligung, sei es die datenschutzrechtliche Einwilligung oder die Einwilligung in medizinische Maßnahmen, tätigen darf. Die nunmehr geschaffene Regelung in § 8 Absatz 6 soll zum einen die Konsistenz zur Erwachsenenregelung wahren, zum anderen aber auch die Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenversorgung im Rahmen der bestehenden komplexen gesetzlichen überwiegend zivilrechtlichen Regelungen, aber z. B. auch der berufsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Regelungen, berücksichtigen.

Im Rahmen der Versorgung der KSVPsych-RL für Erwachsene hat die Aufklärung in "allgemeinverständlicher" Sprache zu erfolgen. Da im Bereich der Minderjährigenversorgung die Wortwahl auch aufgrund der vielschichtigen Altersstruktur der Patienten nicht angemessen erschien, soll die Aufklärung in Anlehnung an die Formulierung in § 630e Abs. 2 BGB in für den individuellen Patienten verständlicher Sprache erfolgen. Dies verlangt von dem aufklärenden und die Einwilligung einholenden Leistungserbringer, dass die Aufklärung für den konkreten Patienten sprachlich und inhaltlich verständlich zu formulieren ist, wobei die Anforderungen empfängerorientiert auszurichten sind. Die Aufklärung ist an den körperlichen, geistigen und seelischen Zustand des betroffenen Patienten anzupassen. Gleiches gilt für die Aufklärung des ansonsten zur Einwilligung Berechtigten, wie z. B. die Personensorgeberechtigten.

Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird zunächst als Regelfall davon ausgegangen, dass die Personensorgeberechtigten (zumeist die Eltern) in die Versorgung einbezogen werden. Es ist auch denkbar, dass eine Einbeziehung der Sorgeberechtigten oder auch sonstiger relevanter Bezugspersonen des sozialen Umfelds weder rechtlich noch medizinisch erforderlich erscheint, der Minderjährige dies aber wünscht. Auch für diese Fälle ist die Einwilligung des Patienten einzuholen, bzw. im Falle der Einwilligungsunfähigkeit die Einwilligung des hierzu Berechtigten.

Mit Blick auf die Eigenzuständigkeit Minderjähriger im Bereich ärztlicher Heileingriffe herrscht Uneinigkeit. Für die entscheidende Frage der Einwilligungsfähigkeit, d.h. ob Wesen und Tragweite der ärztlichen Maßnahme für den Minderjährigen absehbar sind und der

entsprechende Wille danach ausgerichtet werden kann, bestehen keine festen Altersgrenzen, sodass die Antwort auf die Frage patientenindividuell vom jeweiligen Leistungserbringer beantwortet werden muss. Neben der Einwilligungsfähigkeit des konkreten Minderjährigen wird zum Teil darüber hinaus noch die Zustimmung der Eltern / Sorgeberechtigten im Sinne eines Co-Konsens gefordert. Es wird auf die geltenden gesetzlichen Regelungen und Grundsätze über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten verwiesen, die auch in den jeweiligen Musterberufsordnungen Eingang gefunden haben.

Die einzuholende Einwilligung bezieht sich sowohl auf die im Gesamtbehandlungsplan vorgesehenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen als auch darauf, dass die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen die für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen und relevanten patientenbezogenen Informationen austauschen können. Sollen zu einem späteren Zeitpunkt weitere Leistungserbringer mit einbezogen werden, muss auch für einen Informationsaustausch mit diesen eine entsprechende Einwilligung eingeholt werden. Noch ausstehende und nicht erteilte Einwilligungen bezüglich einzelner Leistungserbringer stellen den Gesamtbehandlungsplan jedoch nicht in Frage, solange die Voraussetzungen für eine Behandlung nach dieser Richtlinie weiter gegeben sind.

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 Fachärztin oder einen Facharzt, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten gemäß § 4 Absatz 1 festgestellt wird, ob die in § 2 genannten Voraussetzungen vorliegen.

Anstoß für intensive diagnostische, akute sowie längerfristige Behandlungsmaßnahmen sind häufig eskalierende Situationen oder psychiatrische Krisen. Die kinder- und jugendpsychiatrische Differenzialdiagnostik dient als Basis für die Indikationsstellung und fußt auf der Grundlage des umfangreichen multiaxialen Diagnoseschemas, das nicht nur die zugrundeliegende Störung, sondern auch deren biologische, psychologische und familiäre und soziale Faktoren, also auch die Rahmenbedingungen, die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der aktuellen psychischen Erkrankung erfasst. Für eine Differentialdiagnostik als Ausgangspunkt der Versorgung nach dieser Richtlinie wird das Gesamtbild der Beschwerden der Patientin oder des Patienten eruiert. Dabei ist das Verständnis der psychischen Probleme der Patientinnen und Patienten ohne die Einbeziehung des Lebensumfelds nicht möglich.

Absatz 2:

Die Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst ganz Wesentlich das leistungserbringerübergreifende, abgestimmte Vorgehen in der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten. In der Regel wirkt eine Vielzahl von Personen und Institutionen an der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit. Sie sollten dementsprechend auch beim Auftreten von Problemen, die im Entwicklungsverlauf entstehen und zu schweren psychischen Krankheiten geführt haben, einbezogen werden. Die verschiedenen Systeme mit unterschiedlichen Aufgaben, Ansatzpunkten und Leistungen handeln bisher zumeist – insbesondere in Akutsituationen – aus ihrem speziellen Blickwinkel heraus, d. h. sie bieten Behandlungen und Hilfen an, ohne regelhaft die Expertise anderer

Hilfesysteme in Anspruch nehmen zu können, weil Kooperation und Vernetzung, also ein gemeinsames, fachübergreifendes Handeln, in der Praxis unzureichend etabliert sind.

Absatz 3:

In diesem Absatz ist festgelegt, dass eine parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ausgeschlossen ist. Die Regelung zielt dabei 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. Zudem kann beispielsweise eine unkoordinierte, doppelte Verordnung des gleichen Heilmittels durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer natürlich auch unterschiedliche Zielsetzungen haben und nicht mehr im Einklang mit dem Gesamtbehandlungsplan stehen. Darüber hinaus widerspricht eine doppelte Verordnung derselben Maßnahmen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Davon unberührt bleiben bereits begonnen Behandlungen, die zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung nach den Vorgaben des § 3 Absatz 12 fortgesetzt werden.

Darüber hinaus wird ein Ausschluss von Leistungen nach dieser Richtlinie und Leistungen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) oder der berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke 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 gem. § 3 ist hierbei zu berücksichtigen.

2.2.3 § 10 Gesamtbehandlungsplan

Vorbemerkung:

Menschen insbesondere mit 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. 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 einzubeziehen sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Soweit möglich sollte daneben eine Abstimmung mit weiteren im Rahmen der Behandlung relevanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern auch anderer Sozialgesetzbücher erfolgen. Bei Bedarf sind relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Gegebenenfalls ist eine Fallbesprechung durchzuführen.

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 ihm obliegenden Behandlungen weiterhin selbst verantwortet.

Die weitere Abstimmung der Versorgung und ggf. notwendige Anpassungen des Gesamtbehandlungsplans erfolgen in den regelmäßig durchzuführenden Fallbesprechungen. Unberührt bleibt die fortwährende Möglichkeit der Anzeige von Änderungsbedarfen gegenüber der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten nach Absatz 5.

Absatz 2:

Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele und umfasst insbesondere alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrisch häuslicher Krankenpflege.

Im Gesamtbehandlungsplan erfolgt in Abstimmung mit der Patientin und des Patienten auch die namentliche Benennung der Person(en), die die Koordination und Kooperation nach § 11 durchführt bzw. durchführen.

Im Gesamtbehandlungsplan sollen auch Einrichtungen außerhalb des SGB V genannt werden, die nach § 4 Abs. 3 Berücksichtigung finden.

Da insbesondere schwere psychische Erkrankungen nicht selten auch mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, sind diese zwingend im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung zu erheben. Eine Behandlung der somatischen Komorbiditäten kann nicht im Zuge der Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen; sofern erforderlich sind daher Maßnahmen zur Abklärung oder Behandlung somatischer Komorbiditäten Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit berufsrechtlich und vertragsarztrechtlich erforderlich unter interdisziplinärer Abstimmung zu erstellen. Damit der Gesamtbehandlungsplan seine Wirkung entfalten kann, soll er verschiedene Aspekte beinhalten:

1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an heil- und sozialpädagogischen und entwicklungstherapeutischen Maßnahmen aus dem Leistungbereich des SGB V,

2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGBV, die ihre Leistungen jedoch außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie erbringen,

3. die Dokumentation von Maßnahmen und Hilfen, die von Institutionen und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3 , also außerhalb des SGB V-Bereichs stehend, unter Umständen bereits eingeleitet oder in Aussicht gestellt wurden,

4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit weiterer Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen.

5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die weitere Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt. Die Koordination kann gem. § 7 Absatz 2 von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten in Verbindung mit § 11 Absatz 2 (Koordinationsleistungen nach dieser Richtlinie) übernommen werden. Wenn aber ein Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe übernimmt, so erfolgt dies im Rahmen der für den Leistungserbringer jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. In diesem Fall und für den entsprechenden Zeitraum entfallen die Vorgaben der Koordinationsleistungen nach dieser Richtlinie. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

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 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten angepasst werden. Hierdurch soll 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 Leistungen der Kooperation und Koordination

Absatz 1:

Kooperation im Sinne dieser Richtlinie umfasst:

Zu 1.:
die Vernetzung mit den anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Sinne eines fallbezogenen adhoc-Teams,

Zu 2.:

wenn erforderlich, die persönliche Teilnahme an Fall- bzw. Behandlungsbesprechungen, da der persönliche Austausch ein gemeinsames Fallverständnis aus unterschiedlichen Blickwinkeln ermöglicht und damit eine gelingende und zielorientierte Zusammenarbeit fördert,

Zu 3.:

die im Rahmen des jeweiligen Einzelfalls kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, bei patientenindividuellem Bedarf deren konsiliarische Beratung sowie die kontinuierliche Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens – einschließlich von Absprachen hinsichtlich des Umgangs mit Krisensituationen, möglichen stationären Aufnahmen sowie der Gestaltung des Entlassmanagements nach stationären Behandlungen mit entsprechenden flankierenden Maßnahmen. Der regelmäßige Informationsaustausch innerhalb des adhoc-Teams – sowohl im laufenden Behandlungsprozess als auch in Form von Fallbesprechungen – zum Behandlungsverlauf und ggf. notwendigen Anpassungen des Behandlungsplan an aktuelle Konflikte oder lebensgeschichtliche Veränderungen oder Krisen ist von essentieller Bedeutung für die Versorgung nach dieser Richtlinie.

Wie bereits in den Tragenden Gründen für § Absatz 3 ausgeführt, können die Die Aufgaben der Koordination können je nach Komplexität von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugstherapeutin oder dem Bezugstherapeuten selbst durchgeführt werden oder an eine geeignete, direkt am Behandlungsprozess beteiligte nichtärztliche Person delegiert werden, die das Vertrauen der Beteiligten und der Patientin oder des Patienten und der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer hat. Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei dieser Person um eine Person handelt, die an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ohnehin unmittelbar beteiligt und damit der Patientin oder dem Patienten vertraut ist. Damit wird die erforderliche Grundlage für den Aufbau einer auf Vertrauen gegründeten Beziehung geschaffen. Die im Folgenden dargestellten Leistungen machen deutlich, dass koordinative und sozialtherapeutisch Aufgaben nicht immer trennscharf voneinander abgrenzbar sind. Daraus folgt, dass die koordinierende Person eng mit dem therapeutischen Prozess und den unterschiedlichen Leistungserbringern verzahnt sein muss.

Absatz 2:

Koordination im Sinne dieser Richtlinie umfasst:

Zu 1.:

die Abstimmung der Verantwortlichkeiten für die einzelnen Leistungen und Hilfen der Versorgung,

Zu 2.:

die Koordination des Ineinandergreifens der therapeutischen Leistungen sowie der für die Teilhabe und Transition notwendigen Leistungen.

Hierbei geht es darum, die gemeinsam im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungen der unterschiedlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer miteinander abzustimmen und aufeinander zu beziehen,

Zu 3.:

die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des adhoc-Teams

Zu 4., zu 5., zu 6. und zu 7.:

Die unter den Ziffern 4 bis 7 gelisteten Leistungen betonen die Notwendigkeit der bei Bedarf auch aufsuchenden oder anderweitig motivationsfördernden Anteile der Versorgung, da bei den schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten dieser Richtlinie immer wieder mit Passivität und Antriebslosigkeit oder auch externalisierenden impulsiven ebenso wie selbstschädigenden Reaktionen, Rauschmittel- und Drogenkonsum oder chronisch selbstverletzendem Verhalten zu rechnen ist. In vielen Fällen ergeben sich daraus Adhärenz-Probleme sowie die Gefahr des Abbruchs der Behandlung, was jedoch durch zeitnahe aufsuchende Maßnahmen oft vermieden werden kann. Es können auf diese Weise schneller und gezielter Ressourcen im sozialen Umfeld genutzt und in die komplexe Behandlung mit einbezogen werden.

Der Gesamtbehandlungsplan und die therapeutischen und koordinativen Erfordernisse müssen auf den jeweils speziellen Behandlungsfall flexibel zugeschnitten sein und auch so kommuniziert werden.

2.2.5 § 12 Telemedizin

In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen spielt die kontinuierliche Abstimmung und Kommunikation der an der Versorgung des Patienten oder der Patientin beteiligten Personen eine wichtige Rolle. Daher können ebenfalls telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten, wie Telekonsilien, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, 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 zwischen Ärztinnen und Ärzten aller Fachgruppen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Zahnärztinnen und Zahnärzten bei unterschiedlichen fachlichen Fragestellungen ambulant oder stationär tätige Kolleginnen

und Kollegen digital - im Rahmen eines Telekonsiliums – in den Austausch treten. Ein Telekonsilium ist die zeitgleiche oder zeitversetzte Kommunikation zwischen den Genannten. 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 der Patient oder teilnimmt.

2.2.6 § 13 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 § 13 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 festgelegt. 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:

Wie bereits in den Tragenden Gründen für § 1 Absatz 2, Nr. 7 ausgeführt, ist im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ein temporäres unmittelbares Ineinandergreifen der Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V und der Behandlung bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 möglich.

Absatz 3:

In Absatz 3 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 Bezugsärztin 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 ggf. die nichtärztliche koordinierende Person zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.

Zur Sicherstellung einer fachlich abgestimmten und nahtlosen Versorgung kann die Bezugsärztin oder der Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten in die Behandlungsplanung während des stationären Aufenthaltes einbezogen werden. Um eine nahtlose Anschlussbehandlung sicherzustellen, hat die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der

Bezugspsychotherapeut im Anschluss an die Entlassung zeitnah einen Termin zur Verfügung zu stellen.

Absatz 4:

In Absatz 4 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 einer Bezugsärztin oder einem Bezugsarzt bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder einem Bezugspsychotherapeuten herzustellen, die Entlassdiagnostik an diesen zu übermitteln sowie die Terminvereinbarung zur Eingangssprechstunde vorzunehmen. Der Termin hat innerhalb von sieben 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 einem solchen außerhalb der Richtlinie behandelnden oder versorgenden Leistungserbringer aufzunehmen und die weitere Versorgung anzuregen.

Absatz 5:

In Absatz 5 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 Bezugsärztin 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 6:

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.

2.2.7 § 14 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 Bezugsärztin 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 Versicherte 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 regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Verlaufs durch die Bezugsärztin 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 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 Bezugsärztin 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.

Absatz 3:

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 Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.

2.3 C. Evaluation

2.3.1 § 15 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 dieser Richtlinie innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Beschlusses evaluiert und ggf. angepasst werden. Gegenstand der Evaluation ist die Frage, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele mit den getroffenen Regelungen erreicht werden konnten. Dabei sind auch mögliche Hindernisse der Umsetzung der Regelungen sowie unerwünschte Auswirkungen zu berücksichtigen.

Das von der Richtlinie geregelte integrative Versorgungskonzept umfasst eine Reihe von Maßnahmen und stellt eine komplexe Intervention dar, die auf ein übergeordnetes Ziel gemäß § 1 ausgerichtet ist. Für die Evaluation ist der Evaluationsgegenstand zu präzisieren, damit genaue Evaluationsfragestellungen abgeleitet werden können. Zudem sind die möglichen Datenquellen zu prüfen und daraus abzuleiten, ob eine Primärdatenerhebung (quantitativer und / oder qualitativer Daten, längs- und / oder querschnittliche Erhebung) durchzuführen ist und welche Evaluationsfragestellungen mit Routinedatenanalysen beantwortbar sind.

Darüber hinaus sind folgende Aspekte zu beachten:

- Da die Implementierung und die Umsetzung der Richtlinie Zeit benötigen, ist zu prüfen, ob bei der Evaluation zwischen einer Initialphase und dem Regelbetrieb unterschieden wird.
- Bei der Formulierung der Evaluationsfragestellungen und der Ausarbeitung des Evaluationskonzepts und -designs ist der Vergleich der Versorgung nach dieser Richtlinie gegenüber den bestehenden Versorgungsformen (§ 1 Abs. 2) zu berücksichtigten.
- Zudem ist bei der Ausarbeitung des Evaluationskonzepts und -designs zu berücksichtigten, ob für die jeweilige Evaluationsfragestellung die bundesweite Ebene und / oder die regionale Ebene zu betrachten ist.

Aus den in § 1 genannten Zielen und Maßnahmen der Richtlinie leiten sich insbesondere folgende ggf. weiter zu präzisierende bzw. modifizierende Fragestellungen für die Evaluation ab:

- <u>Charakterisierung der Patientinnen und Patienten:</u>
  - Welche Diagnosen haben die Patientinnen und Patienten, die die Versorgung nach der Richtlinie in Anspruch nehmen? Wie sind die Patientengruppen darüber hinaus noch charakterisiert gegenüber der Versorgung mit den bestehenden Versorgungsformen?
  - Welche Leistungen (nach SGB V, aber auch außerhalb des SGB V) erhielten die Patientinnen und Patienten bevor sie nach der Richtlinie versorgt wurden?
- <u>Leistungserbringer, die nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung stehen</u>
  - Wie viele dieser Leistungserbringer gibt es bundesweit, wie ist deren Verteilung?
  - Wie viele dieser Leistungserbringer stellen sich als Bezugsärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut zur Verfügung?
  - Wie viele und welche Berufsgruppen stellen sich als Leistungserbringer nach den Regeln diese Richtlinie zur Verfügung?

- Im Zusammenspiel mit welchen Institutionen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 2 erbringen die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 koordinative und kooperative Leistungen?
- Welche Berufsgruppen nehmen an den patientenorientierten Fallbesprechungen teil?
- Durch welche nichtärztliche Berufsgruppe wird die Koordination der Versorgung in jenen Fällen, in denen sie nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeut ausgeführt wird, übernommen?

- <u>Zeitnahe Diagnostik- und Therapie:</u>
  - Kann die Regel von sieben Werktagen zwischen Überweisung oder Empfehlung und Ersttermin eingehalten werden?
- <u>Behandlung:</u>
  - Wird der Gesamtbehandlungsplan unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten erstellt, regelmäßig angepasst und eingehalten?
  - Welche Leistungen nach SGB V erhalten Patientinnen und Patienten, die nach dieser Richtlinie behandelt werden und welche Berufsgruppen sind an der Versorgung beteiligt?
  - Kann eine Behandlung in patientenbezogenen Krisensituationen rechtzeitig gewährleistet werden?
- <u>Transition:</u>
  - Kann die Versorgungskontinuität, also die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung, bei Patientinnen und Patienten, die nach dieser Richtlinie versorgt werden, sichergestellt werden und Versorgungsabbrüche vermieden werden?
  - Inwiefern werden bei Patientinnen und Patienten mit Transitionsbedarf Transitionsmaßnahmen im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt?
  - Inwiefern wird bei Patientinnen und Patienten mit Transitionsbedarf dieser in Fallbesprechungen berücksichtigt?]
- <u>Stationäre Aufenthalte und Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung:</u>
  - Erhalten Patientinnen und Patienten, die gemäß der KSVPsych-RL behandelt werden, nach Entlassung aus dem Krankhaus in kürzerer Zeit eine ambulante Anschlussbehandlung als eine vergleichbare Patientengruppe, die mit den bereits bestehenden Versorgungsformen behandelt wird?
  - Können durch die Regelungen der Richtlinie die stationären Aufenthalte der Betroffenen gegenüber den bestehenden Versorgungsformen verkürzt werden?
  - Können durch die Regelungen der Richtlinie die stationären Aufenthalte der Betroffenen gegenüber den bestehenden Versorgungsformen vermieden werden?
- <u>Wirksamkeit und unerwünschte Auswirkungen der Richtlinie:</u>
  - Welchen Nutzen hat die Versorgung nach der Richtlinie gegenüber den bereits bestehenden Versorgungsformen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und aus der Sicht der Leistungserbringenden?

- Welche unerwünschten Auswirkungen hat die Versorgung nach der Richtlinie gegenüber den bereits bestehenden Versorgungsformen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und aus der Sicht der Leistungserbringenden?
- Hat sich durch die Versorgung nach dieser Richtlinie die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert?

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

Die Ergebnisse der geplanten Evaluation sollen geeignet sein, das Versorgungskonzept iterativ zu verbessern, und zwar sowohl auf Systemebene durch Ableitung von Empfehlungen zur Anpassung der Richtlinie als auch auf regionaler Ebene durch Rückmeldungen an die Netzverbünde.

Der G-BA behält sich vor, im Rahmen seiner Beobachtungspflicht bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbünde bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbünden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden.

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für 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 Patientinnen und Patienten in koordinierter und strukturierter Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Versorgung. In diesem Zusammenhang lassen sich neue Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizieren: …(noch auszufüllen)

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
2023	*UA PPV*	*Anhörung der Stellungnahmeberechtigten*
2024	*UA PPV*	*Würdigung der mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen sowie Beratungen des RL-Entwurfes und der Tragenden Gründe*
2024	*G-BA*	*Beschlussfassung*
TT.MM.2024		*Ergebnis der Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V*
TT.MM.2024		*Veröffentlichung im Bundesanzeiger*
TT.MM.2024		*Inkrafttreten*

Berlin, den TT.MM.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

(KJ-KSVPsych-RL)

Inhalt

Beschlussentwurf ... 1

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ... 1

A. Allgemeines ... 3

§ 1 Zweck und Versorgungsziele ... 3

§ 2 Definition der Patientengruppe ... 6

§ 3 Transition ... 9

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 11

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 21

§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 25

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie] ... 26

B. Patientenversorgung ... 34

§ 8 Zugang ... 34

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ... 38

§ 10 Gesamtbehandlungsplan ... 42

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination] ... 45

§ 12 Telemedizin ... 49

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 50

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 53

C. Evaluation ... 54

§ 15 Evaluation ... 54

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patientin oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist.	
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**. 5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="3">(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und
4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen**[GKV-SV/KBV/DKG:** .**]**
[PatV: oder
5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V,
6. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V.**]**</td></tr>
<tr><td>(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden:
1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung,</td><td>(siehe unten, KBV/DKG Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)
(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:</td><td>(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein:</td></tr>
</table>

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* 2. *einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* 3. *Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden.
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, dass die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Angaben	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	gemäß Absatz 7 zugestimmt wird. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nr. 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,		
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.**] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] **[PatV:** 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .]**[KBV/DKG/PatV:** ,]		
	[KBV/DKG: 10.] **[PatV:** 9.] Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11] **[PatV:** 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII),
	13. Schulen.	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinie-		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
renden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesver-	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
bänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.		
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nr. 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Absatz 1 Nr. 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, 3. Medizinische Fachangestellte, 4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig, 5. Pflegefachpersonen,		

6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nr. 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.		steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9,	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 de-

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusam-	2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder	legieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
mengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des	des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nr. 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzube-	patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule / Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-über-	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
ziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen	greifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.		
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann **[KBV/DKG, PatV**: auch**]** im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 bis Satz 4 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden und insbesondere bei der Hinzuziehung von weiteren	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 die erforderlichen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft. Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 8 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 oder § 5 Absatz 2 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.		
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nr. 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nr. 5b der zuständi-	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
gen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3 welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen) einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans**[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie den Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen aus-		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
gerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationärer Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**]** **[PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="3">(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV / KBV/DKG): (2)] [PatV: (3)] Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.</td></tr>
<tr><td>Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.</td><td colspan="2">Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet [PatV: zeitnah] [KBV/DKG: möglichst innerhalb von 10 Werktagen] nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. [PatV: Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch</td></tr>
</table>

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.“	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.“	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.“

II. Die Erstfassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern)
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse		

des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zur Ergänzung KBV/DKG/PatV bei Nr. 4	Der Bezugstherapeut/-arzt muss den Übergang persönlich koordinieren.
	(Nummer 5)	GKV-SV/ PatV	Ablehnung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 1	*Nummer 3*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	1. „[...] Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ sollte ersetzt werden durch: „ [...] Erfahrung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ 2. Für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Forderung einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu streichen.	Im Punkt 4 ist bereits die Berufsgruppe der „ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ mit der fachlichen Befähigung entsprechend der Psychotherapievereinbarung als teilnahmeberechtigte Leistungserbringerin und Leistungserbringer inkludiert. Daraus folgt, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die gemäß der Psychotherapievereinbarung über die fachliche Befähigung zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen verfügen, keine mindestens 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie absolvieren müssen (sonst würden sich diese beiden Punkte widersprechen.)
§ 4 Absatz 1	*Nummer 5-6*	*PatV*	Zustimmung	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinweis: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für

	häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Sofern unter § 4 Abs. 1 die psychiatrischen Krankenhäuser bereits als Partner des Netzverbundes aufgeführt sind, wäre eine erneute Nennung verzichtbar. Leistungserbringer zu psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V haben in der Regel keine Zulassung und Kompetenzen für die Behandlung von Kindern.
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz	

	1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Ablehnung	(s. § 4 Absatz 2) Nummer 2: sinnvolle Ergänzung bei Bedarf

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.]** **[PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	10	KBV/DKG	Bei Bedarf sollte neben dem Jugendamt auch der Bezirk mit einbezogen werden (sofern zuständig für geistig und körperlich behinderte Kinder und Jugendliche, s. Bayern)	
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DK*	*KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 3**]**	***G:** 10.]* ***[PatV:** 9.]*			

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	„[...](Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen“ sollte ersetzt werden durch: „[...] (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer bzw. der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer“	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im	

	Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden		

wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die		

Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit		

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen

Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV	Zustimmung	Das Nationale Gesundheitsportal kann für den Überblick über die Verbreitung der Netzwerke sinnvoll sein.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Der Ausschluss von Bezugsärztinnen oder -ärzten mit einem Teil-Versorgungsauftrag

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			behindert die Umsetzung der Richtlinie und widerspricht der Versorgungsrealität.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung Da dieser Vorschlag den Eindruck erwecken kann, dass in PIAs tätige Ärztinnen und Ärzte nur Bezugsärzte sein können, sofern andere Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligt werden, ist klarzustellen, dass in PIAs tätige Ärztinnen und Ärzte allein als Bezugsärzte tätig sein können.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Zustimmung (mit der Ergänzung von Leistungserbringern nach §4 Abs 1 Nummer 3)	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Zustimmung	Muss ggf. nicht geregelt werden, sofern diese Institutionen bereits als teilnahmeberechtigte Leistungserbringer gelistet sind.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	inhaltlich Zustimmung, weiter oben aber bereits regelbar

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der		

Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	

2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	s.o., eine zusätzliche koordinierende Person wird abgelehnt. Darüber hinaus ist die Indikation einer somatischen Abklärung ausschließlich ärztliche Kompetenz
	(Nummer 1-5)	KBV/DKG	Zustimmung	
	(z.B. Nummer 4)	PatV	s.o.	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	s.o.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**]** **[KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Ablehnung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG	Zustimmung Die Erstuntersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt zur somatischen Abklärung ist wichtig. Darüber hinaus soll eine Ärztin oder ein Arzt durchgehend an der Versorgung teilnehmen.	
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere	

	schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern)
17.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung; die Eingangsuntersuchung soll durch eine Ärztin bzw. einen Arzt erfolgen	
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1		GKV-SV		
§ 11 Absatz 1		KBV/DKG		
§ 11 Absatz 1		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie		Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie [**KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Die verpflichtende 7-Tage-Frist ist überzogen.
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Stellungnahme

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf

Erstfassung

17.10.2023

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
Fax: 030. 278 785 - 44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 3

2 A. Allgemeines ... 5

2.1 Zweck und Versorgungsziele (§ 1) ... 5
2.2 Definition der Patientengruppe (§ 2) ... 6
2.3 Transition (§ 3) ... 10
2.4 Teilnehmende Leistungserbringer*innen (§ 4) ... 10
2.5 Bezugsärzt*in/Bezugspsychotherapeut*in (§ 5) ... 17
2.6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination (§ 6) ... 22
2.7 Aufgaben und Organisation der Versorgung (§ 7) ... 24

3 B. Patientenversorgung ... 26

3.1 Zugang (§ 8) ... 26
3.2 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung (§ 9) 26
3.3 Gesamtbehandlungsplan (§ 10) ... 28
3.4 Koordination der Versorgung (§ 11) ... 29
3.5 Telemedizin (§ 12) ... 29
3.6 Regelung zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 13) ... 30
3.7 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung (§ 14) ... 30

4 Literatur ... 32

1 Einleitung

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) damit beauftragt, eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, in einer eigenen Richtlinie zu regeln. Der Gesetzgeber hat dabei in der Gesetzesbegründung ausdrücklich auf die Kooperation von Psychotherapeut*innen mit den anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen abgestellt und zielt dabei insbesondere auf die Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie insbesondere für die vorliegende Richtlinie für die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen auf Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Adressiert werden sollen dabei sowohl Patient*innen mit einem komplexen psychiatrischen als auch mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gesetzgeber sieht in diesem Sinne für diese Versorgungsform eine gleichberechtigte Kooperation von Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen entsprechend ihren jeweiligen Kompetenzen und Schwerpunkten vor.

Am 2. September 2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Erwachsene mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen. Die bisherigen Erfahrungen mit der KSVPsych-Richtlinie für Erwachsene zeigen, dass sich dieses Versorgungsangebot aufgrund verschiedener, in der Richtlinie normierter Hürden und Einschränkungen bislang kaum entwickeln konnte. Mit Ausnahme von bereits existierenden Praxisnetzen und bestehenden Kooperationen aufgrund von Modellprojekten haben sich zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie fast keine neuen Netzverbünde gegründet, die die Versorgung nach dieser Richtlinie organisieren sollten.

Der aktuell vorliegende Beschlussentwurf des G-BA für eine KSVPsych-Richtlinie für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche hat die Chance, einige dieser zentralen Hürden und Einschränkungen zu vermeiden, die die Entwicklung des Versorgungsangebots der ambulanten Komplexbehandlung bislang gehemmt haben. Die Bildung von patientenindividuellen Teams, an denen jeweils Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeut*innen beteiligt sind und die die Versorgung anstelle der Netzverbünde organisieren, ist ein wesentlicher Schritt nach vorne. Auch die umfassende Berücksichtigung von Leistungserbringer*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag ist unverzichtbar, um eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Weitere positive

Elemente sind die systematische Berücksichtigung der Schnittstellen zu Leistungserbringer*innen und Einrichtungen anderer Sozialgesetzbücher und die Schaffung von Rahmenbedingungen, in denen eine kontinuierliche Abstimmung möglich ist.

Schließlich kommt es aber auch darauf an, dass den schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in der Versorgung nach dieser Richtlinie tatsächlich alle notwendigen Behandlungsleistungen nach SGB V in der erforderlichen Intensität angeboten werden können und ergänzende Leistungen etabliert werden, die eine aufsuchende Behandlung einschließlich der Versorgung in Krisen ermöglichen. Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen wird es ohne die Einbindung der in den Ambulanzen der Krankenhäuser, Hochschulen und Weiterbildungsstätten tätigen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nicht gelingen, eine ausreichende ambulante Komplexversorgung sicherzustellen.

2 A. Allgemeines

2.1 Zweck und Versorgungsziele (§ 1)

In § 1 werden Zweck und Versorgungsziele der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V definiert, die gemäß des gesetzlichen Auftrags Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, treffen soll. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass bei der Spezifikation der Versorgungsziele explizit die SGB übergreifende Zusammenarbeit unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld benannt wird und dabei auch auf die Unterstützungssysteme wie Kita, Schule und Ausbildungsstätte abstellt.

Unterziele der Richtlinie (§ 1 Absatz 2)
In § 1 Absatz 2 werden die Unterziele definiert, die die neu gestaltete Richtlinie erfüllen soll. Die BPtK begrüßt, dass in dieser Richtlinie für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche die Ziele der Förderung der Behandlungskontinuität, der Verbesserung der Möglichkeiten der Kriseninterventionen und der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen gesondert betont werden. Darüber hinaus wird die Betonung der Verbesserung des Austausches und der Zusammenarbeit an den Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und die gesonderte Betrachtung der Transitionsphase von der Jugend- zur Erwachsenenbehandlung den besonderen Anforderungen an die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gerecht.

Unterstützung der Möglichkeiten gleichzeitig zu erbringender Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen und niedergelassene Leistungserbringer*innen (§ 1 Absatz 2 Nr. 7)
Im Regelungsvorschlag der Patientenvertretung wird unter § 1 Absatz 2 Nr. 7 die Unterstützung der Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen und niedergelassene Leistungserbringer*innen als eigenes Unterziel der Richtlinie formuliert.

Die BPtK befürwortet die Intention des Regelungsvorschlags der Patientenvertretung (PatV) zu § 1 Absatz 2 Nr. 7, dass bedarfsorientiert die erforderlichen ambulanten Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen parallel zu weiteren gleichzeitig erforderlichen Leistungen niedergelassener Leistungserbringer*innen erbracht werden

können. Hierzu ist jedoch die Formulierung eines gesonderten Unterziels für diese Versorgungsform nicht erforderlich, vielmehr sind insbesondere die Regelungen in § 4 der Richtlinie so auszugestalten, dass ein Einbezug von Psychiatrischen Institutsambulanzen und den dort tätigen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen der Berufsgruppen nach § 4 Absatz 1 in die Versorgung ermöglicht und zugleich weitere Leistungen nach dieser Richtlinie auch von niedergelassenen Leistungserbringer*innen erbracht werden können.

Begründung:
Die vorgeschlagene Möglichkeit, im Rahmen der vorliegenden Richtlinie temporär sowohl ambulante Leistungen eines Bezugsarztes/einer Bezugspsychotherapeut*in als auch Leistungen einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Anspruch nehmen zu können, soll den Sektorenübergang verbessern, Behandlungskontinuität ermöglichen und nicht zuletzt in strukturschwachen und ländlichen Regionen mit ggf. unzureichenden Versorgungsstrukturen in der vertragsärztlichen Versorgung zeitnäher die erforderlichen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stellen. Sie ist insoweit von den übergeordneten Zielen in Absatz 1 Nummern 2, 3 und 5 bereits hinreichend umfasst und sollte an anderer Stelle im Normtext der Richtlinie konkretisiert werden.

2.2 Definition der Patientengruppe (§ 2)

2.2.1 Anspruchsberechtigte Patient*innen (§ 2 Absatz 1)

In § 2 Absatz 1 wird übergreifend der Kreis der Patient*innen definiert, die einen Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie haben sollen. In beiden vorliegenden Regelungsvorschlägen erfolgt diese Definition insbesondere unter Bezugnahme auf die in den folgenden Absätzen 2 bis 3 definierten Indikationskriterien. Darüber hinaus regelt Absatz 1, welche Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen einen Anspruch auf eine Versorgung nach dieser Richtlinie hat. Der Regelungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) sieht einschränkend vor, dass Kinder erst mit Vollendung des dritten Lebensjahres einen Anspruch auf die Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten. Der Regelungsvorschlag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und PatV sieht darüber hinsichtlich der Diagnosen einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel der ICD-GM keine zusätzlichen Einschränkungen, während der Regelungsvorschlag des GKV-SV in Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 weitere Einschränkungen beinhaltet.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV, DKG und PatV zu § 2 Absatz 1.

Begründung:

Eine Reihe von psychischen Störungen kann bereits vor Vollendung des dritten Lebensjahres auftreten. Je nach Schwere der psychischen Störung und einer ggf. zusätzlich vorliegenden Beziehungsstörung sind hierbei multiprofessionelle Behandlungsansätze erforderlich. Die aktuell in Überarbeitung befindlichen S2k-Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter adressieren zwölf der wichtigsten psychischen Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Störungen der ersten Achse (MAS, ICD-10; DC. 0-5), d. h. um beim Kind diagnostizierbare psychische Störungen. Die konkreten Leitlinienempfehlungen beziehen sich auf die Diagnostik und Therapie von Beziehungsstörungen, Exzessiver Schreistörung, Schlafstörungen, Fütter- und Essstörungen, frühkindlichen Regulationsstörungen, sensorischen Verarbeitungsstörungen, Ausscheidungsstörungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Bindungsstörungen, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung), ODD (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten), DÄAS (Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung), sowie weiteren Störungen. Bei einem relevanten Teil dieser psychischen Störungen ist eine Diagnosestellung bereits vor Vollendung des dritten Lebensjahres möglich. Die Leitlinien betonen dabei, dass „*bei jungen Kindern mit psychischen Problemen in der Regel eine Betreuung in einem multi- und interdisziplinären Netzwerk notwendig ist, bei dem die professionellen Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen nach störungsspezifischer, differentieller Indikationsstellung sinnvoll kombiniert und ergänzt werden*“. Dabei ist eine fortwährende Kooperation und Abstimmung aller mit dem Kind und seiner Familie betrauten Fachkräfte im Sinne einer fallbezogenen Netzwerkarbeit regelhaft anzustreben. Nicht zuletzt spielen Unterstützungsleistungen jenseits des SGB V in Ergänzung zu den Behandlungsleistungen nach SGB V bei psychisch erkrankten Kindern im Vorschulalter eine zentrale Rolle. Die in diesen Fällen erforderlichen Kooperationen und die Abstimmung der Gesamtbehandlung können im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie effektiv umgesetzt werden. Zu berücksichtigen ist ferner die Relevanz psychischer Störungen der Eltern bei der Entwicklung psychischer Symptome und Erkrankungen in den ersten Lebensjahren eines Kindes. Auch in diesen Fällen ist häufig bei entsprechenden Schweregraden eine koordinierte berufsgruppenübergreifende Versorgung geboten, bei der auch die Schnittstellen zu weiteren Unterstützungsleistungen für das Kind und die Familie systematisch berücksichtigt werden sollten. Ein Ausschluss von psychisch erkrankten Kindern in den ersten Lebensjahren würde insoweit eine relevante Patientengruppe betreffen, die in besonderer Weise von diesem Versorgungsangebot profitieren könnte und bei der ein hohes Risiko besteht, dass bei unzureichender Versorgung psychische Störungen chronifizieren und Entwicklungsprozesse des Kindes nachhaltig beeinträchtigt werden.

Um den besonderen Herausforderungen bei der Diagnostik psychischer Störungen in den ersten Lebensjahren Rechnung zu tragen, könnte entsprechend den S2k-Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter für die Versorgung nach dieser Richtlinie eine Empfehlung ergänzt werden, für diese Altersgruppe zusätzlich zur ICD-10-Klassifikation die Diagnostik nach dem Klassifikationssystem DC: 0-5 durchzuführen. Gegenwärtig fehlt es an einer altersspezifischen Adaptation bzw. Modifikation der ICD-10-Kriterien für das Vorschulalter. Viele Diagnosen im Vorschulalter können dadurch für dieses Alter nicht adäquat erfasst werden. Um dieses Defizit zu kompensieren, wurden die Kriterien von Störungen speziell für das junge Alter in einem eigenen Klassifikationssystem DC: 0-5 aufgenommen. Neben etablierten Störungsbildern definiert die DC: 0-5 auch neue Störungsbilder (wie die Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung) sowie Vorläuferstörungen, die der ADHS und den Autismus Spektrum Störungen (ASS) vorausgehen können. Dabei sind die Kriterien der DC: 0-5 besonders streng, da bei jedem Störungsbild zur Diagnose eine Beeinträchtigung und nicht nur eine Symptomatik vorhanden sein muss. Die DC: 0-5 fordert, dass mindestens eine Beeinträchtigung und Einschränkung der Funktionsfähigkeit des Kindes und der Familie vorliegen muss. Zu diesen gehören: Stress und Leid beim Kind, Stress und Leid in der Familie, Beeinträchtigung der Beziehung des Kindes, Einschränkungen des Kindes bei alterstypischen Aktivitäten und Routinen, eingeschränkte Teilnahme der Familie an Alltagsaktivitäten und Routinen, Einschränkungen des Kindes, neue Fertigkeiten zu lernen und zu entwickeln, sowie beeinträchtigte Entwicklungsprozesse (Bindt, von Gontard, Möller et al., 2023).

Darüber hinaus befürwortet die BPtK, bei der Definition der Patientengruppe der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß dem Vorschlag von KBV, DKG und PatV das gesamte Spektrum der psychischen Erkrankungen aus dem V. Kapitel des ICD-10-GM zu berücksichtigen und auf die vom GKV-SV in Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 vorgeschlagenen Einschränkungen zu verzichten. Zum einen kann der Kreis der anspruchsberechtigten Patient*innen bereits durch die weiteren in den Absätzen 2 bis 4 näher beschriebenen Indikationskriterien hinreichend trennscharf definiert werden. Zum anderen ist nicht zuletzt der grundsätzliche Ausschluss von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns an einer psychischen Störung leiden und über die neuropsychologische Therapie hinaus aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen und des psychosozialen Unterstützungsbedarfs einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen, fachlich nicht zu rechtfertigen.

2.2.2 Operationalisierung der weiteren Indikationskriterien (§ 2 Absätze 2 bis 3)

In § 2 Absätze 2 bis 3 werden die weiteren Indikationskriterien für die Definition der Patientengruppe spezifiziert. Übereinstimmend wird in den verschiedenen Regelungsvor-

schlägen zur Bestimmung des erforderlichen Ausmaßes der Beeinträchtigung in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patient*innen auf eine Erfassung mittels des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) abgestellt und hierbei auf der sechsten Achse eine mindestens ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen vorausgesetzt (Stufe 4 bis 8). Darüber hinaus wird die Komplexität des psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs über die Erforderlichkeit von Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer*innen unterschiedlicher Berufsgruppen pro Quartal und – im Vorschlag von KBV und DKG – der Notwendigkeit eines psychosozialen Interventionsbedarfs operationalisiert.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 2 Absätze 2 und 3.

Begründung:
Bei der MAS handelt es sich um ein in der Praxis gut eingeführtes Instrument, das über die 6. Achse gut geeignet ist, das Ausmaß der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patient*innen aufwandsarm in standardisierter Form zu erfassen und in der vorgeschlagenen Form eine wesentliche Eingrenzung der Patientengruppe vorzunehmen, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf.

Bei der Operationalisierung der Mindestkriterien für einen komplexen Behandlungsbedarf von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen kann wie bei den Erwachsenen auf die Erforderlichkeit von mehreren Maßnahmen der Krankenbehandlung abgestellt werden, die von unterschiedlichen Berufsgruppen im Rahmen der Versorgung nach SGB V erbracht werden. Gerade in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bietet sich darüber hinaus jedoch an, mit Blick auf die Erforderlichkeit der Koordination und Abstimmung der Versorgung auch über die Grenzen der Leistungen des SGB V hinaus eine zusätzliche Eingrenzung über die darüber hinaus bestehende Notwendigkeit eines psychosozialen Interventionsbedarfs vorzunehmen. Wenngleich diese Grundüberlegung auch in den Vorschlägen von GKV-SV (mindestens zwei psychosoziale Umstände gemäß der 5. Achse des MAS) und PatV (bereits laufende Erbringung einer weiteren psychosozialen Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patient*in – auch nach anderen Leistungsgesetzen) zu finden ist, vermag der Regelungsvorschlag von KBV und DKG am stärksten zu überzeugen. Dieser Vorschlag stellt auf den konkret diagnostizierten psychosozialen Interventionsbedarf ab, ohne dass wie im Vorschlag der PatV tatsächlich bereits entsprechende Leistungen ggf. nach anderen Leistungsgesetzen erbracht werden müssen. Dabei kommt den Bezugsärzt*innen und -psychotherapeut*innen nicht zuletzt auch die Aufgabe zu, einen bestehenden psychosozialen Interventionsbedarf, der nicht von

den geeigneten Leistungserbringer*innen auch aus anderen SGB abgedeckt wird, zu identifizieren und in Absprache mit den Patient*innen und den Sorgeberechtigten die indizierten psychosozialen Leistungen anzustoßen und im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans zu koordinieren. Diesem Ansatz ist auch gegenüber dem Vorschlag des GKV-SV der Vorzug zu geben, da es mit Blick auf die berufsgruppenübergreifende strukturierte und koordinierte Versorgung auf die konkreten psychosozialen Interventionsbedarfe ankommt und weniger auf die Anzahl von psychosozialen Umständen auf der 5. Achse des MAS, die ggf. einen solchen Interventionsbedarf begründen könnten.

Auch hält es die BPtK für sachgerecht, dass im Rahmen der Versorgung Patient*innen im Fokus sind, die pro Quartal wegen ihrer psychischen Erkrankung mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer*innen unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 4 benötigen.

2.3 Transition (§ 3)

Die BPtK begrüßt, dass der G-BA in seinem Beschlussentwurf die Phase des Übergangs von der Versorgung nach dieser Richtlinie in die Erwachsenenversorgung unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme explizit adressiert. Aus Sicht der BPtK ist es dabei sachgerecht und erforderlich, dass auch im Sinne der Behandlungskontinuität und der Koordination und Abstimmung der Versorgung u. a. hinsichtlich erforderlicher Leistungen anderer Sozialgesetzbücher Jugendliche, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, einen Anspruch auf die Versorgung nach dieser Richtlinie haben und ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres zur Sicherung des Therapieerfolgs eine vorher mit den Mitteln der Jugendpsychiatrie oder Jugendlichenpsychotherapie begonnene Behandlung fortgesetzt werden kann.

2.4 Teilnehmende Leistungserbringer*innen (§ 4)

In § 3 wird der Kreis der zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringer*innen festgelegt.

2.4.1 Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigte Leistungserbringer*innen, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (§ 4 Absatz 1)

In § 4 Absatz 1 wird definiert, welche Qualifikationen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer*innen selbst erfüllen oder über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten müssen, um zur Teilnahme an der Versorgung

nach dieser Richtlinie berechtigt zu sein. Aus Sicht der BPtK ist es sachgerecht, dass hierbei in der Richtlinie auf vier zu unterscheidende Berufsgruppen abgestellt wird:

1. Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche,
3. Fachärzt*innen definierter Fachgebiete mit einer mindestens zweijährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
4. Psychologische Psychotherapeut*innen mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß Psychotherapie-Vereinbarung.

Aus Sicht der BPtK wird durch die Formulierung in Absatz 1 jedoch nicht ausreichend klargestellt, dass insbesondere auch nach § 118 SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigte Einrichtungen mit den in ihren Ambulanzen angestellten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 an dieser Versorgung teilnehmen können. Dies ist nicht zuletzt auch mit Blick auf den von der BPtK befürworteten Regelungsvorschlag von KBV und DKG in § 4 Absatz 3 sicherzustellen, der ein patientenindividuelles Team vorsieht, welches mindestens durch eine der in Absatz 1 Nr. 1 oder Nr. 3 genannte Ärzt*in und eine der in Absatz 1 Nr. 2 oder Nr. 4 genannte Psychotherapeut*in gebildet wird.

Der Gesetzgeber sieht in § 118 Absatz 1 ausdrücklich vor: „*Ermächtigungen nach Satz 1 sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zeitnah, spätestens innerhalb von sechs Monaten, zu überprüfen und dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch eine Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird.*“ Dies gilt auch für Ermächtigungen nach Absatz 4. Darüber hinaus sieht der Gesetzgeber in Absatz 2 vor: „*Der Vertrag nach Satz 2 ist spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b zu überprüfen und an die Regelungen der Richtlinie dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird.*“

Insbesondere um in bestimmten ländlichen und strukturschwachen Regionen, die in der vertragsärztlichen Versorgung durch eine unzureichende kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung gekennzeichnet sind, kann im Sinne der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit einem Leistungsangebot nach dieser Richtlinie auf die systematische Einbindung dieser in den Krankenhäusern angestellten und in deren Ambulanzen tätigen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nicht verzichtet werden.

Auch im Sinne der gebotenen Behandlungskontinuität beim Übergang von der Krankenhausversorgung in die vertragsärztliche Versorgung sollte insbesondere für die Versorgung nach dieser Richtlinie die Möglichkeit sichergestellt werden, dass sich an den patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3 in den Ambulanzen tätige Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 3 und Nr. 2 und Nr. 4 kontinuierlich beteiligen können.

Darüber hinaus sollten in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeiten einer systematischen Einbeziehung von ermächtigten Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 2 SGB V sowie von Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsambulanzen nach § 117 Absätze 3, 3a und 3b SGB V als teilnahmeberechtigte Einrichtungen und den in diesen Einrichtungen angestellten Fachärzt*innen nach Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 3 und Psychotherapeut*innen nach Absatz 1 Nr. 2 und Nr. 4 in die Versorgung nach dieser Richtlinie geregelt werden. Die Teilnahme der Ambulanzen nach § 117 SGB V an der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V kann zudem einen Beitrag dazu leisten, dass vor dem Hintergrund der Behandlungserfahrungen in der Qualifikationsphase Psychotherapeut*innen nach Erhalt einer Zulassung als Vertragspsychotherapeut*innen in ihren Praxen bzw. Einrichtungen einen entsprechenden Schwerpunkt auf die Versorgung der Gruppe der schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen nach dieser Richtlinie setzen. Darüber hinaus kann die Teilnahme von Ausbildungs- und Weiterbildungsambulanzen, aber auch von psychotherapeutischen Forschungsambulanzen nach § 117 Absatz 2 SGB V mit ihrer spezifischen fachlichen Expertise einen wichtigen Beitrag dazu leisten, das erforderliche spezifische Versorgungsangebot, einschließlich der gruppenpsychotherapeutischen Angebote, eine zeitnahe Terminvergabe und die regionale Verfügbarkeit sicherzustellen.

2.4.2 Bei Bedarf einbeziehbare Einrichtungen und Leistungserbringer*innen (§ 4 Absatz 2 bzw. 4)

§ 4 Absatz 2 bzw. 4 (Vorschlag KBV/DKG) regelt die bedarfsabhängige Einbindung bzw. Einbeziehung von weiteren Leistungserbringer*innen des SGB V.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der Patientenvertretung für § 4 Absatz 2

Begründung:
Die von der Patientenvertretung vorgeschlagene Auflistung von im Bedarfsfall einzubeziehenden Einrichtungen und Leistungserbringer*innen ist im Vergleich zu den Vorschlägen von KBV/DKG und GKV-SV vollständig und vermeidet unnötige Einschränkungen, die ein hinreichend umfassendes Behandlungsangebot verhindern könnten. So ist es mit Blick

auf komorbide Erkrankungen zielführend, neben den nach § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer*innen für Ergotherapie ergänzend die Leistungserbringer*innen für Physiotherapie und Logopädie aufzuführen, auch wenn deren Leistungsspektrum sich stärker auf Indikationen jenseits der psychischen Erkrankungen gemäß § 2 Absatz erstrecken, welche die Schwere der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen begründen.

Angezeigt ist ferner die Nennung der Leistungserbringer*innen, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, auch wenn deren Leistungen gemäß der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der Regel erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres verordnet werden können.

Ferner kann bei Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden deutlichen Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen im Krankheitsverlauf eine stationäre, teilstationäre oder stationsäquivalente Behandlung in einer (kinder- und jugend-)psychiatrischen Einrichtung eines Krankenhauses erforderlich werden. Für eine gute sektorenübergreifend abgestimmte und koordinierte Versorgung ist daher der systematische Einbezug von diesen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern mit ihren verschiedenen (kinder- und jugend-)psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereichen unverzichtbar.

Vor dem Hintergrund der im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie zu behandelnden Altersgruppen und den in den Krankenhäusern zum Teil vorgehaltenen spezifischen Behandlungskonzepten ist dabei eine Einschränkung auf Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nicht in allen Fällen sachgerecht. Nicht zuletzt die Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, aber (weiterhin) einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen, werden zum Teil auch Leistungen der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung von Erwachsenen von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern benötigen. Nicht selten gilt dies bei bestimmten Diagnosegruppen auch für Patient*innen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aber eines spezifischen Behandlungsangebots bedürfen, das regional lediglich von einem Krankenhaus ohne kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung vorgehalten wird.

Schließlich ist es aus Sicht der BPtK sachgerecht, an dieser Stelle auch die Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung aufzuführen, da diese in bestimmten Phasen der Komplex-

behandlung die Versorgung ergänzen können und bei Bedarf als Leistungserbringer*innen nach SGB V systematisch in die Gesamtbehandlung eingebunden werden sollten.

2.4.3 Bildung eines patientenindividuellen Teams (§ 4 Absatz 3 – Vorschlag von KBV/DKG)

Die Versorgung nach dieser Richtlinie zielt auf eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von besonders schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, deren komplexer multiprofessioneller Behandlungs- und Unterstützungsbedarf sich regelhaft auch auf Leistungen jenseits des SGB V erstreckt. Mit der vorgeschlagenen Definition der Patientengruppe soll ein ambulantes multiprofessionelles Versorgungsangebot geschaffen werden, das ganz gezielt auf die Patientengruppe von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in den Blick nimmt, die regelhaft schon länger im Versorgungssystem behandelt werden und häufig bereits Unterstützungsleistungen jenseits des SGB V erhalten. Dies impliziert zugleich, dass die Patient*innen häufig über längere Zeiträume entsprechend der jeweiligen Krankheitsverläufe multiprofessionell versorgt und begleitet werden müssen. Durch die starke Fokussierung auf diese Patientengruppe kann es gelingen, dass für diese im Rahmen dieser Versorgung aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus gezielt die erforderlichen Behandlungsressourcen für eine abgestimmte, ambulante Komplexbehandlung bereitgestellt werden können.

Der Vorschlag von KBV/DKG sieht vor, dass für die Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens eine Fachärzt*in nach Absatz 1 Nr. 1 oder Nr. 3 und eine Psychotherapeut*in nach Absatz 1 Nr. 2 oder Nr. 4 als patientenindividuelles Team zusammenwirken. Die Intensität des Zusammenwirkens soll sich patientenindividuell bestimmen, gemäß § 7 Absatz 2 Nr. 5 jedoch mindestens eine gemeinsame Fallbesprechung pro Quartal umfassen und die Abstimmung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 Absatz 2 beinhalten.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV/DKG für § 4 Absatz 3

Begründung:
Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, aufeinander abgestimmten multiprofessionellen Versorgung ist das regelhafte und systematische Zusammenwirken einer Fachärzt*in nach Absatz 1 Nr. 1 oder Nr. 3 und einer Psychotherapeut*in nach Absatz 1 Nr. 2 oder Nr. 4 zielführend. Durch das regelhafte Zusammenarbeiten der beiden Leistungserbringer*innen in einem patientenindividuellen Team kann eine interdisziplinäre Kooperation sichergestellt werden, bei der patientenbezogen jeweils sowohl die ärztlich-psychiatrische als auch die psychotherapeutische Expertise einfließen und eine

kontinuierliche gemeinsame Reflexion des Krankheits- und Behandlungsverlaufs der Patient*in gewährleistet wird. Sie bilden damit den Nukleus des patientenindividuellen Teams für die ambulante Komplexbehandlung, der je nach patientenindividuellem Bedarf um weitere Leistungserbringer*innen ergänzt werden kann. Neben der Sicherung eines fachlichen Vier-Augen-Prinzips kann dabei auch in besonderer Weise sichergestellt werden, dass ggf. erforderliche Anpassungen des Behandlungsplans mit ergänzenden psychotherapeutischen oder ärztlich-psychiatrische Behandlungsmaßnahmen durch das patientenindividuelle Team zeitnah auf der Basis langfristig bestehender Vertrauensbeziehungen zur Patient*in umgesetzt werden können.

2.4.4 Berücksichtigung weiterer Leistungserbringer*innen und Einrichtungen zur Adressierung der Versorgungsziele (§ 4 Absatz 3 bzw. 5 [Vorschlag KBV/DKG])

In § 4 Absatz 3 bzw. 5 werden die weiteren Leistungserbringer*innen und Einrichtungen aufgelistet, die je nach Bedarf zur Adressierung der Versorgungsziele insbesondere berücksichtigt werden sollen.

Ausgehend von dem Regelungsvorschlag der Patientenvertretung schlägt die BPtK vor, diesen bis Nummer 13 zu übernehmen und den daran anschließenden letzten Satz zu streichen.

Begründung:
Aus Sicht der BPtK ist es zielführend, dass in diesem Absatz eine möglichst vollständige Auswahl an Leistungserbringer*innen und Einrichtungen aufgeführt wird, die bei Bedarf im Rahmen der Versorgung der Patient*innen nach dieser Richtlinie berücksichtigt werden sollen. Ziel dieser Auflistung ist es, insbesondere die im patientenindividuellen Team beteiligten Leistungserbringer*innen dafür zu sensibilisieren, mit welchen Berufsgruppen und Einrichtungen jenseits des SGB V ein Austausch gesucht werden könnte und ggf. sollte, um die Versorgungsziele wirksam verfolgen zu können. Neben Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, psychosozialen und Suchtberatungsstellen und anderen psychosozialen Einrichtungen sind dabei nicht zuletzt auch Jugendämter, Einrichtungen der Jugendhilfe, aber auch Schulen und Kitas zu nennen, jeweils die Zustimmung der Patient*in bzw. der Sorgeberechtigten zum Austausch zwischen der Einrichtung und der Ärzt*in sowie der Psychotherapeut*in vorausgesetzt. Durch die Nennung der Selbsthilfeorganisationen unter Nummer 8 bzw. Nummer 7 ist der erneute Hinweis auf die Angebote der Selbsthilfe im Anschluss an Nummer 13 nicht erforderlich.

2.4.5 Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung (§ 4 Absatz 2)

Im Vorschlag von KBV/DKG werden in § 4 Absatz 2 die Voraussetzungen für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 definiert. Danach ist gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eine Erklärung einzureichen, dass die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Angaben in einem öffentlichen Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten zugestimmt wird. Darüber hinaus wird im Vorschlag von KBV/DKG in § 4 Absatz 7 geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung gestellt wird.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV/DKG zu § 4 Absatz 2 in Verbindung mit § 4 Absatz 7.

Begründung:
Die Veröffentlichung der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer*innen ist zum einen dafür erforderlich, damit sich die fachärztlich-psychotherapeutischen Teams in einer Region zusammenfinden können, zum anderen aber auch, dass Patient*innen und Zuweiser*innen sich gezielt an die entsprechenden teilnahmeberechtigten Leistungserbringer*innen wenden können. Hierbei müssen auch die Krankenhäuser und die Krankenkassen über die entsprechenden Informationen verfügen, um die Überleitung aus dem Krankenhaus in die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Versorgung zielgerichtet vornehmen bzw. die Versicherten, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen könnten, entsprechend beraten zu können. Entgegen dem Vorschlag der Patientenvertretung ist es dabei nicht erforderlich, dass die Leistungserbringer*innen diese Erklärung auch gegenüber den Landeskrankenhausgesellschaften übermitteln, da diese die erforderlichen Informationen von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten. Auch die erneute Übermittlung der Erreichbarkeitszeiten ist hierbei nicht erforderlich, da diese bereits den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegen und ggf. vorgenommene Änderungen ohnehin angezeigt werden müssen.

Der Regelungsvorschlag des GKV-SV, der unter anderem auf den Nachweis eines Kooperationsvertrags mit einer nichtärztlichen Person abstellt, ist nicht sachgerecht. Die entsprechenden Ausführungen dazu finden sich unter § 5.

2.5 Bezugsärzt*in/Bezugspsychotherapeut*in (§ 5)

2.5.1 Funktions- und Verantwortungsbereich der Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in (§ 5 Absatz 1)

In § 5 Absatz 1 wird die Rolle und der Funktions- und Verantwortungsbereich der Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in definiert.

Ausgehend von dem Regelungsvorschlag von KBV/DKG schlägt die BPtK folgende Fassung des Absatzes 1 vor:

> „Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleistet die erforderliche Beziehungsstabilität für die schwer psychisch erkrankte Patientin oder den schwer psychisch erkrankten Patienten. Sie trägt die Verantwortung für das erforderliche, dem Gesamtbehandlungsplan entsprechende Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie."

Begründung:
Der Bezugsärzt*in bzw. der Bezugspsychotherapeut*in kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine herausgehobene Bedeutung zu. Sie ist die zentrale Ansprechpartner*in für die Patient*in und ggf. deren Sorgeberechtigte, zu der die Patient*in eine stabile, vertrauensvolle Ärzt*in/Psychotherapeut*in-Patient*in-Beziehung herstellt. Diese Beziehungsstabilität ist für den Erfolg der häufig längerfristigen Behandlung und Begleitung des schwer psychisch erkrankten Kindes oder Jugendlichen von zentraler Bedeutung. Die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans im Austausch mit den weiteren Leistungserbringer*innen des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3 und die Sicherstellung eines dem Gesamtbehandlungsplan entsprechenden Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsbestandteile und damit auch die Koordination der Versorgung gehören zu dem vorrangigen Verantwortungsbereich einer Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in. Der entsprechende Regelungsinhalt findet sich bereits in Absatz 4 (GKV-SV) bzw. Absatz 5 (KBV/DKG/PatV) und muss daher an dieser Stelle nicht zusätzlich aufgeführt werden.

Aufgrund der Besonderheiten in der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sind die Aufgaben der Koordination der Versorgung mit den

hierfür erforderlichen spezifischen Kenntnissen und Vertrauensbeziehungen in der Regel nicht vollständig delegierbar. Unabhängig vom Grad der Delegation einzelner Aufgaben der Koordination an eine sogenannte nicht-ärztliche koordinierende Person verbleibt die Verantwortung für die Koordination der Versorgung bei der Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in. Dies sollte wie vorgeschlagen in den normativen Festlegungen in § 5 Absatz 1 Berücksichtigung finden.

Für eine obligate vollständige Delegation sämtlicher Koordinationsaufgaben an eine sogenannte nicht-ärztliche koordinierende Person, wie sie im Regelungsvorschlag des GKV-SV vorgeschlagen wird, fehlt es grundsätzlich an einer fachlichen Begründung. Vielmehr ist zu befürchten, dass es durch eine solche Regelung zu einer dramatischen Eingrenzung der Zahl der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer*innen kommen würde, die die Rolle als Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in übernehmen könnten. Eine flächendeckende Versorgung würde damit verhindert, ohne dass dem Regelungsinhalt ein therapeutischer Mehrwert gegenüberstünde. Der konkrete Vorschlag des GKV-SV, an welche Berufsgruppen gemäß § 6 obligat die Koordination der Versorgung zu delegieren ist, ist dabei inhaltlich so haltlos, dass sich eine detaillierte Auseinandersetzung von vornherein erübrigt. Beispielhaft sei hier lediglich auf die Berufsgruppen nach § 6 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 verwiesen, für die im Gegensatz zu den Berufsgruppen nach den Nummern 3 bis 8 keine fachspezifische Zusatzqualifikation für erforderlich gehalten wird, um die Aufgaben der Koordination der Versorgung ausüben zu können. Dabei übernimmt keine der genannten nach § 124 SGB V zugelassenen Berufsgruppen koordinative Aufgaben in der derzeitigen ambulanten Patientenversorgung allgemein, geschweige denn im Speziellen hinsichtlich der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen oder der im Vorschlag des GKV-SV in § 11 definierten Aufgaben der individuellen Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade.

Auch der Vorschlag, die Rolle der Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in auf in § 4 Absatz 1 genannte Fachgruppen mit einem vollen Versorgungsauftrag zu beschränken, entbehrt einer fachlich überzeugenden Begründung und ist angesichts des großen Anteils an entsprechenden Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag vielmehr dazu geeignet, den Aufbau der Versorgung nach dieser Richtlinie nachhaltig einzuschränken und eine flächendeckende Versorgung grundsätzlich zu verhindern.

Die Sicherstellung der erforderlichen Flexibilität der Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe oder möglicher Krisenzustände, wie sie vom GKV-SV in den Tragenden Gründen angeführt wird, ist zwar legitim.

Dazu aber eine Einschränkung auf Bezugsärzt*innen und -psychotherapeut*innen mit vollem Versorgungsauftrag vorzunehmen, erscheint jedoch zur Erreichung dieses Ziels weder geeignet noch erforderlich.

Im Kern hebt der GKV-SV zur Rechtfertigung des Erfordernisses eines vollen Versorgungsauftrags auf die vermeintlich bessere Erreichbarkeit von Leistungserbringer*innen ab, die einen solchen vollen Versorgungsauftrag innehaben. Der GKV-SV führt ferner aus, *„aufgrund des inhaltlichen und zeitlichen sowie fachlichen Umfangs der Versorgung“* sei ein voller Versorgungsauftrag erforderlich.

> „Insbesondere um eine **Behandlungskontinuität und gute Erreichbarkeit** auch in möglichen Krisensituationen zu sichern, soll ferner durch die Regelung erreicht werden, dass eine Patientin oder ein Patient sich nicht ersatzweise an eine andere Fachärztin oder an einen anderen Facharzt oder eine andere Psychotherapeutin oder einen anderen Psychotherapeuten wenden muss, die bzw. der ihr oder ihm nicht wie die Bezugsärztin bzw. der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut vertraut ist.“ (Hervorhebungen nicht im Original)

Es sei *„eine zentrale Anforderung an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer“*, eine ***„gute Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen sowie die Ermöglichung zeitnaher Termine*** *für Eingangssprechstunden und differenzialdiagnostische Abklärung“* zu gewährleisten. Weiterhin sei es

> „zwingend erforderlich, dass die **nichtärztliche koordinierende Person in enger Abstimmung** mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeut **steht**, insbesondere um die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans sicherzustellen.“

Ein voller Versorgungsauftrag ist aber nicht gleichbedeutend mit einer guten Erreichbarkeit außerhalb von Therapiesitzungen. Denn Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen sind während der Therapiesitzungen ohnehin nicht erreichbar. Vor allem aber haben auch Leistungserbringer*innen mit hälftigem Versorgungsauftrag eine gute Erreichbarkeit für Patient*innen sicherzustellen.

So haben die Vertragspsychotherapeut*innen und -ärzt*innen unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrags sicherzustellen, dass sie ihren *„Patienten in Notfällen auch*

außerhalb der Sprechzeiten zeitnah zur Verfügung stehen“ können *(Urt. LSG Berlin-Brandenburg v. 09.12.2020, L 24 KA 6/18, juris, Rn. 19)*. Denn:

> *„Die eigenständige Versorgung von Patienten – auch in Notfällen – ist zentraler Bestandteil der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit.“* (BSG, Beschl. v. 16.02. 2021, B 6 KA 19/20 B, juris, Rn. 11)

Insoweit erweist sich eine Regelung, die diejenigen mit geringerem Versorgungsauftrag ausschließt, als nicht erforderlich und würde nur dazu führen, dass vielen schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen der Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie mangels Angebote gänzlich verwehrt bliebe.

2.5.2 Anforderungen an die Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in (§ 5 Absatz 2)

Nach dem Vorschlag von KBV/DKG soll in § 5 Absatz 2 festgelegt werden, welche Fachgruppen nach § 4 Absatz 1 die Rolle der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in übernehmen können und dass diese Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3 sind.

Änderungsvorschlag zu § 5 Absatz 2, ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:

> *„(2)*
> *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3.* ***Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen. Die in der PIA tätige Fachärztin oder Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeut der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 genannten Fachgruppen ist im Fall von § 5 Absatz 2 Satz 2 Teil des patientenindividuellen Teams.“***

Begründung:
Aus Sicht der BPtK ist es sachgerecht, dass die Rolle als Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in ausschließlich von den in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 genannten Fachgruppen ausgeübt werden kann und diese Teil des patientenindividuellen Teams werden, in dem sowohl die fachärztlich-kinder- und jugendpsychiatrische als auch die psychotherapeutische Expertise vertreten ist. Angesichts der in einigen ländlichen und struktur-

schwachen Regionen mit Blick auf diese Fachgruppen defizitären Versorgungsstrukturen in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung ist es für eine Reihe von Regionen jedoch erforderlich, dass auch entsprechende Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die in der Psychiatrischen Institutsambulanz eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses tätig sind, als Bezugsärzt*innen oder -psychotherapeut*innen an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können. Eine Einschränkung auf nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche ist dabei nicht zwingend erforderlich. Vielmehr sollte auf die fachliche Qualifikation der entsprechenden Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen abgestellt werden und die vorbestehenden Behandlungsbeziehungen Berücksichtigung finden.

2.5.3 Festlegung der Rolle der Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in (§ 5 Absatz 3)

Der Absatz regelt die Festlegung der Rolle bzw. die Aufgabe der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in und den Einbezug der Patient*in und der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld bei dieser Wahl.

Änderungsvorschlag zu § 5 Absatz 3 ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:

> *„(3)*
> *Die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten gemäß § 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer legen* ***zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten*** *nach dieser Richtlinie jeweils patientenindividuell fest, wer die Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen.* ~~*Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.*~~*“*

Begründung:
Die Wahl, welche Leistungserbringer*in die Rolle als Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in übernimmt, sollte unter Einbezug der Patient*in ggf. auch der relevanten Bezugspersonen getroffen werden. Die Festlegung sollte dabei nicht zwingend direkt im Anschluss an die Eingangssprechstunde erfolgen. Vielmehr sollte den Patient*innen der Raum gegeben werden, diese Entscheidung zu Beginn der Versorgung zu treffen, wenn

auch die Zusammensetzung des patientenindividuellen Teams feststeht und eine entsprechend informierte Entscheidung getroffen werden kann.

2.5.4 Weitere Regelungen zu den Aufgaben als Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in (§ 5 Absätze 4 und 5)

In § 5 Absätze 4 und 5 werden weitere Aufgaben der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in definiert.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 5 Absätze 4 und 5.

Begründung:
Die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ist eine zentrale Aufgabe der Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in. Dies geschieht auf der Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung, die von der Fachärzt*in oder Psychotherapeut*in durchgeführt wird. Ergänzend fließen hierbei die Informationen der ggf. eingeleiteten somatischen Abklärung ein und berücksichtigen auch, falls erforderlich, die notwendigen somatischen Behandlungen. Dies sollte im Normtext entsprechend den Vorschlägen von KBV/DKG auch festgelegt werden. Gleiches gilt für die nicht delegierbare Verantwortung für die Kooperation und Abstimmung mit den jeweils an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen und Einrichtungen, die in Absatz 5 neben der Erstellung, Entwicklung, Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans, der unverzüglichen Anbahnung der ambulanten oder stationären Behandlung und der Einleitung der somatischen Abklärung als Verantwortungsbereiche der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in gelistet sind.

2.6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination (§ 6)

2.6.1 Koordination durch Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in sicherstellen (§ 6 Absatz 1)

In § 6 Absatz 1 soll festgelegt werden, welche Berufsgruppen unterstützend bei der Koordination der Versorgung mitwirken können.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 6 Absatz 1.

Begründung:
Aus Sicht der BPtK ist die Koordination der Versorgung genuine Aufgabe der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in. Denkbar ist, dass je nach individuellem Behandlungs- und

Koordinationsbedarf der Patient*in Teile der Koordination an andere Berufsgruppen übertragen werden können. Dass jedoch regelhaft die Aufgabe der Koordination umfassend an andere Berufsgruppen delegiert werden soll, wie es im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen ist, entspricht einer Absenkung der Strukturqualität für eine besonders vulnerable Patientengruppe, die aus Sicht der BPtK fachlich nicht zu rechtfertigen ist.

Um Kindern und Jugendlichen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen eine verbesserte Versorgung anbieten zu können, ist es erforderlich, dass sie langfristig eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer ambulanten Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in aufbauen und aufrechterhalten können. Dafür braucht es die Verortung der Koordination auf Ebene der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in. Diese muss persönlich bei relevanten Fragen der Behandlungsplanung, in Krisensituationen und bei der Abstimmung mit weiteren Leistungserbringer*innen als zentrale Ansprechperson für die Patient*in zur Verfügung stehen.

Vorgesehen ist in § 11, auch im Regelungsentwurf des GKV-SV, dass die Koordination der Versorgung u. a. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen sowie das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans beinhalten soll. Diese Anforderungen an die Koordination machen die Qualifikation einer Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in erforderlich. Die Koordination der Versorgung muss daher im Kern über die Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in erfolgen, da diese über die erforderliche fachliche Expertise, insbesondere auch bei der Absprache mit anderen Leistungserbringer*innen, verfügt.

Die in Absatz 1 genannten Berufsgruppen können dagegen unterstützend bei der Koordination der Versorgung tätig werden, wobei zumindest für zugelassene Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen der reale Anwendungsfall einer solchen Regelung infrage gestellt werden kann. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob für die unter Nummer 3 bis Nummer 8 genannten Leistungserbringer*innen tatsächlich zusätzlichen Qualifikationsanforderungen zu stellen sind, damit diese unterstützend bei der Koordination der Versorgung tätig werden können. Insoweit spricht sich die BPtK dafür aus, den letzten Satz in Absatz 1 ersatzlos zu streichen.

2.7 Aufgaben und Organisation der Versorgung (§ 7)

2.7.1 Organisation der Versorgung (§ 7 Absatz 1)

KBV und DKG schlagen vor, mit § 7 Absatz 1 die Verantwortung für eine geeignete Organisation der Versorgung den Leistungserbringer*innen des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 zu übertragen.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV und DKG zu § 7 Absatz 1

Begründung:
Die Leistungserbringer*innen des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 bilden den zentralen Nukleus der ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Je nach konkreter Ausgestaltung der Versorgung und der einzubeziehenden Leistungserbringer*innen und Einrichtungen auch jenseits des SGB V ist es daher die Verantwortung der Mitglieder des patientenindividuellen Teams, die jeweils hierfür geeignete Organisation der Versorgung sicherstellen.

2.7.2 Spezifische bzw. ergänzende Aufgabe der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 7 Absatz 2)

KBV und DKG und PatV definieren in Absatz 2 spezifische bzw. die Leistungen der Regelversorgung ergänzende Aufgaben der Versorgung nach dieser Richtlinie.

Änderungsvorschlag der BPtK ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 7 Absatz 2:

> **„(2)**
> **…**
>
> 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde **unter Berücksichtigung bereits vorliegender Vorbefunde**
>
> 3. die Erstellung, **regelmäßige Überprüfung, Anpassung** und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10
>
> …
>
> 9. die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen**, einschließlich der aufsuchenden Behandlung zur Vermeidung von**

Krankenhausbehandlung. Die kontinuierliche Betreuung in Krisen kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden."

Begründung:
Die BPtK begrüßt ausdrücklich, dass in § 7 Absatz 2 der Richtlinie die zusätzlichen Leistungen, die über die Leistungen der bestehenden Regelversorgung hinausgehen, verankert werden.

Hierzu zählen nach dem Vorschlag von KBV und DKG die Ermöglichung eines zeitnahen Termins in der Eingangssprechstunde, der in der Regel innerhalb von zehn Werktagen nach Kontaktaufnahme durch die Patient*in zu erfolgen hat. Dies erscheint sachgerecht, um für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche einen schnellen Zugang zur ambulanten Komplexbehandlung sicherzustellen, nicht zuletzt auch bei den Übergängen aus anderen Versorgungsbereichen. Darüber hinaus soll die Behandlung gemäß § 9 bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 2 zeitnah beginnen.

Weitere Elemente sind die differenzialdiagnostische Abklärung, die zeitnah nach der Eingangssprechstunde erfolgen soll. Hierbei sollte klargestellt werden, dass bereits vorliegende Vorbefunde, z. B. aufgrund einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung, systematisch zu berücksichtigen sind. So kann wegen einer bereits im Krankenhaus erfolgten somatischen Abklärung auf die erneute Durchführung verzichtet werden. Durch die Bildung von patientenindividuellen Behandlungsteams nach § 4 Absatz 3 kann zugleich sichergestellt werden, dass die ggf. erforderliche fachärztliche Kompetenz jederzeit zeitnah zur Verfügung steht.

Bei der Erstellung und Nachhaltung des Gesamtbehandlungsplans sollte die regelmäßige Überprüfung und Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ergänzt werden, um die hierfür erforderlichen Prozessschritte vollständig abzubilden.

Bei den Aufgaben der Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung ist zu berücksichtigen, dass diese in vielen Fälle die Leistungserbringung durch die Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in erfordern. Dies gilt zum Beispiel für das Aufsuchen der Patient*in im häuslichen Umfeld oder das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patient*in.

Unter Nummer 9 sollte darüber hinaus die aufsuchende Behandlung als Teil der kontinuierlichen Betreuung der Patient*in in Krisen explizit geregelt werden. Diese ist regelhaft von der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in durchzuführen.

3 B. Patientenversorgung

3.1 Zugang (§ 8)

In § 8 wird festgelegt, wie und über welche Leistungserbringer*innen der Zugang zum geschaffenen Versorgungsangebot erfolgen soll. Wesentliches Ziel hierbei soll eine möglichst niedrigschwellige Gestaltung des Zugangs sein.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV, DKG und PatV zu § 8.

Begründung:
Um eine Versorgung nach dieser Richtlinie beginnen zu können, muss ein einfacher und niedrigschwelliger Zugang zur Eingangssprechstunde bei einer teilnahmeberechtigten Leistungserbringer*in sichergestellt werden. Um den Zugang niedrigschwellig zu gestalten, spricht sich die BPtK dafür aus, dass die Versorgung nach dieser Richtlinie keiner Überweisung bedarf. Empfehlungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie können grundsätzlich sowohl von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, aber auch von anderen Versorgungseinrichtungen und Institutionen ausgesprochen werden. Vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen fachlichen Hintergründe der Einrichtungen sollte auch eine Empfehlung nicht obligatorisch für die Inanspruchnahme einer Eingangssprechstunde sein. Empfehlungen seitens der Krankenhäuser sind zielführend und sollten vor dem Hintergrund der Kooperationsbeziehungen und des Entlassmanagement des Krankenhauses in einen besonders zeitnahen Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie resultieren.

3.2 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung (§ 9)

3.2.1 Erstdiagnostik im Rahmen der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1)

Im Vorschlag von KBV und DKG definiert § 9 Absatz 1 die diagnostischen Leistungen der Eingangssprechstunde und der differenzialdiagnostischen Abklärung, die die Grundlage eines zumindest vorläufigen Gesamtbehandlungsplans bilden sollen. Dabei wird zugleich klargestellt, dass die differenzialdiagnostische Abklärung unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde erfolgt.

Änderungsvorschlag zu § 9 Absatz 1, ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:

(1) „Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 **und führen die psychische und soziale differenzialdiagnostische Abklärung** in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie **durch**, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. Die **gesamte** differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u. a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.“

Begründung:
In der Eingangssprechstunde erfolgt eine erste Diagnostik psychischer, somatischer und sozialer Aspekte, die für die Behandlung der Patient*in relevant sind. Im Rahmen dieser (Erst)Diagnostik erfolgt auch die Indikationsstellung und Prüfung der Voraussetzungen für die Teilnahme an der Versorgung nach § 2. Diese (Erst)Diagnostik wird von Psychotherapeut*innen im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde durchgeführt, in der auch eine differenzialdiagnostische Abklärung der psychischen Erkrankungen erfolgt und die vorliegenden Befunde bei der Indikationsstellung für die weitere Versorgung mit einbezogen werden. Entsprechend sollte im Normtext klargestellt werden, dass nicht nur die Überprüfung der Kriterien gemäß § 2 im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde durchgeführt wird, sondern auch die psychische und soziale differenzialdiagnostische Abklärung. Psychotherapeut*innen veranlassen in diesem Zusammenhang ggf. auch weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen einschließlich der somatischen Abklärung, sofern diese nicht unmittelbar zuvor bereits durchgeführt worden sind.

Auf Basis dieser Diagnostik erstellt die Leistungserbringer*in bei Erfüllung der Voraussetzungen einen vorläufigen Gesamtbehandlungsplan, der nach Rücksprache mit der weiteren Leistungserbringer*in des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3, die die weitere differenzialdiagnostische Abklärung vornimmt, angepasst und ergänzt wird. Nach diesen Rücksprachen und einer Fallbesprechung im patientenindividuellen Team kann dann der endgültige Gesamtbehandlungsplan erstellt werden.

3.2.2 Expliziten Verweis auf verfügbare Leistungen in der Richtlinie verankern (§ 9 Absätze 2 bis 4)

§ 9 Absatz 2 verweist auf die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen, die im Rahmen einer Versorgung nach dieser Richtlinie zur Verfügung stehen. In Absatz 3 wird darüber hinaus die Empfehlung ausgesprochen, dass zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patient*in hingewiesen werden soll, sofern dies erforderlich ist. Schließlich wird in Absatz 4 der Ausschluss einer parallelen Behandlung in einem Team nach § 4 Absatz 3 und der Versorgung nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung parallel zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie geregelt.

Die BPtK befürwortet grundsätzlich den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 9 Absätze 2 bis 4.

Es sollte jedoch klargestellt bzw. geregelt werden, wie gemäß § 9 Absatz 2 die einzelnen nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen nach § 43a SGB V den Patient*innen auch bei der Versorgung nach dieser Richtlinie zur Verfügung stehen.

3.3 Gesamtbehandlungsplan (§ 10)

Die Erstellung eines patientenindividuellen und bedarfsgerechten Gesamtbehandlungsplans ist zentraler Ankerpunkt einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, wie sie in dieser Richtlinie geschaffen wird. Einzelheiten zur Erstellung und inhaltlichen Ausgestaltung des Gesamtbehandlungsplans werden in § 10 formuliert.

3.3.1 Ausgestaltung und Inhalte des Gesamtbehandlungsplans (§ 10 Absätze 1 und 2)

§ 10 Absatz 1 definiert, wer an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans beteiligt ist und welche Angaben er enthält.

Änderungsvorschlag ausgehend vom Regelungsvorschlag der PatV zu § 10 Absatz 1:

(1) „Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung und bei Bedarf einer Fallbesprechung **im patientenindividuellen Team gemäß § 4 Absatz 3** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.“

Begründung:
Für die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans sollte als Grundlage nicht nur auf die Ergebnisse der differenzialdiagnostischen Abklärung, sondern bei Bedarf auch auf die Ergebnisse einer ersten Fallbesprechung im patientenindividuellen Team gemäß § 4 Absatz 3 abgestellt werden, welches über das fachliche Vier-Augen-Prinzip eine qualitativ hochwertige und differenzierte Gesamtbehandlungsplan sicherstellen kann.

Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der PatV zu § 10 Absatz 2.

Begründung:
Der Vorschlag führt die wesentlichen Inhalte des Gesamtbehandlungsplans in übersichtlicher Form in einem eigenen Absatz zusammen. Die klare Gliederung der Inhalte des Gesamtbehandlungsplans kann dabei die Umsetzung durch Bezugsärzt*innen und -psychotherapeut*innen anleiten und adressiert dabei systematisch auch die Schnittstellen zu Leistungen aus anderen SGB.

3.4 Koordination der Versorgung (§ 11)

Vor dem Hintergrund der in § 7 differenzierten Darstellung der Koordinationsaufgaben erscheint eine Ausdifferenzierung von Koordinationsleistungen und Vernetzungsaufgaben redundant.

Die BPtK befürwortet daher den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 11.

3.5 Telemedizin (§ 12)

Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Videosprechstunden und Videofallbesprechungen stellen einen wesentlichen Faktor dafür dar, dass Versorgungsleistungen und multiprofessionelle Abstimmungs- und Koordinationsprozesse in der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen einschließlich der Abstimmung mit Leistungserbringer*innen und Einrichtungen jenseits des SGB V effizient erbracht werden können.

Die BPtK befürwortet daher den Regelungsvorschlag der KBV, DKG und PatV zu § 12.

Der Regelungsvorschlag von KBV, DKG und PatV ist weitergehend und damit besser in der Lage, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen telemedizinischen Leistungen umfassend abzubilden.

3.6 Regelung zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 13)

Vor dem Hintergrund der besonderen Relevanz der Behandlungskontinuität beim Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung zur ambulanten Komplexbehandlung nach dieser Richtlinie befürwortet die BPtK unter Bezugnahme auf den Regelungsvorschlag der PatV, dass nach Absatz 3 ein vom Krankenhaus für die Patient*in vereinbarter Termin in der Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von sieben Werktagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus liegen sollte.

3.7 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung (§ 14)

3.7.1 Prüfung der Voraussetzungen und Überleitung (§ 14 Absatz 2)

In § 14 Absatz 2 soll die Überprüfung der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie im Sinne eines Re-Assessments geregelt werden.

Die BPtK befürwortet den Vorschlag von KBV, DKG und PatV, dass das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für die Versorgung nach dieser Richtlinie regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs durch die Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in zu überprüfen ist.

Begründung:
Die Versorgung nach dieser Richtlinie ist insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche vorgesehen, die vor dem Hintergrund der Symptombelastung und der Schwere der Funktionsbeeinträchtigungen einer abgestimmten multimodalen Behandlung unter Beteiligung von mindestens zwei verschiedenen Berufsgruppen bedürfen und bei denen zusätzlich ein psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist. In vielen Fällen handelt es sich um schwer und chronisch erkrankte Patient*innen, bei denen entsprechend längere Behandlungszeiten in der Therapieplanung anzusetzen sind, um die patientenindividuellen Therapieziele erreichen zu können. Eine rigide hochfrequente – wie vom GKV-SV vorgeschlagen – halbjährliche Überprüfung der Voraussetzungen gemäß § 2 für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie kann daher nicht zielführend sein und kann von den Kindern und Jugendlichen und ggf. deren Bezugspersonen als zusätzlich verunsichernd erlebt werden.

Wichtig ist außerdem, dass den Patient*innen in der Versorgung nach dieser Richtlinie und darüber hinaus stabile therapeutische Beziehungen angeboten werden können, die eine Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und eine Stärkung der Beziehungsfähigkeiten der Patient*innen ermöglichen. Zusätzliche

Versorgungsbrüche durch die Entwicklung der Versorgung nach dieser Richtlinie aufgrund neuer Schnittstellen zu der Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie sind unbedingt zu vermeiden. Daher sollten psychotherapeutische und ärztliche Weiterbehandlungen, aber auch Leistungen anderer Berufsgruppen, soweit sie nach Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie weiterhin medizinisch erforderlich sind, von den jeweiligen hierfür zuständigen Mitgliedern der patientenindividuellen Teams durchgeführt bzw. fortgesetzt werden.

4 Literatur

Bindt, Carola; von Gontard, Alexander & Möhler, Eva (2023). S2k-Leitlinie Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter, (in finaler Abstimmung in der Konsensusgruppe).

Hussong, Justine; Overs, Cornelia; Paulus, Frank W.; Bolten, Margarete; In-Albon, Tina; Equit, Monika & von Gontard, Alexander (2020). Psychische Störungen bei Vorschulkindern. Unterschiede zwischen den DC: 0-5 und ICD-10 Klassifikationssystemen. Kindheit und Entwicklung, 29 (4). Online: https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000318.

Zero to three, National Center for Clinical Infant Programs (2016). DC: 0-5. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington D.C.

Zero to three (2019). DC: 0-5. Diagnostische Klassifikation von seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen des Säuglings- und Kleinkindalters. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung

nur per E-Mail
KJ-KSVPsych@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn
FON (0228) 997799-1318
E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de
BEARBEITET VON Herrn Lenz
INTERNET www.bfdi.bund.de
DATUM Bonn, 17.10.2023
GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1337

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Einleitung SNV UA PPV KJ-KSVPsych-RL**

Sehr geehrte Frau Reinert,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V.

Der Richtlinienentwurf soll 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 regeln. Gerne greife ich Ihre Hinweise im Anschreiben zu Regelungen des Beschlussentwurfs auf, die nach Einschätzung des UA PPV datenschutzrechtliche Aspekte beinhalten könnten.

Durch das Ziel der koordinierten und berufsübergreifenden Versorgung werden die betroffenen Versicherten in größerem Maß von Datenverarbeitungen betroffen. Auch diese Verarbeitungen von Gesundheitsdaten sind regelmäßig vollumfänglich durch ausdrückliche, freiwillige und informierte Einwilligungen im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO zu rechtfertigen. Zahlreiche Regelungen führen subjektive Einverständnis- bzw. Einwilligungserfordernisse in Behandlungsformen explizit an. Ich rege an, zu prüfen inwieweit ein Erfordernis besteht, den Adressatenkreis der Richtlinie auf die entsprechenden Vorgaben der DSGVO ebenfalls ausdrücklich hinzuweisen. Besonders da der Betroffenenkreis von Kindern und Jugendlichen besonders durch die DSGVO geschützt wird (vgl. EW 38 DSGVO), was von Verantwortlichen sowohl bei den Datenverarbeitungen als auch beim Vorsehen von Einwilligungserteilungen zu beachten ist.

ZUSTELL- UND LIEFERANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn
VERKEHRSANBINDUNG Straßenbahn 61 und 65, Innenministerium
Bus 550 und SB60, Innenministerium

Ich begrüße, dass der Richtlinienentwurf in § 13 mit dem Vorsehen von Einwilligungen zu einzelnen Datenverarbeitungen und durch die Bezugnahme in § 12 auf den BMV-Ä im Kontext der Telemedizin datenschutzrechtliche Spezifika explizit aufgreift.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie = BVDP e.V.
18.09.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Ablehnung	Die Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten ist eine implizite Folge der Umsetzung der RL und ist somit nachrangig der Verbesserung der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Die Ausführung der PatV wird unterstützt.	Das ursprüngliche Ziel bei der Entwicklung der KSV-Psych-Richtlinien für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche war die Verbesserung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung durch berufsgruppenübergreifende Kooperation und Vernetzung.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Keine Änderung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Ablehnung	Das Ziel der KSV-Psych-Richtlinie für Kinder und Jugendliche ist primär die Verbesserung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung durch berufsgruppenübergreifende Kooperation und Vernetzung. Eine Beteiligung der PIA ist durch die RL bereits eindeutig geregelt.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Ein Ausschluss der Patientengruppe bis zum vollendeten 3. Lebensjahr ist nicht zielführend. Es wird sich hier voraussichtlich um eine geringe Fallzahl handeln. Gerade wenn in einem solch frühen Alter ein komplexer Versorgungsbedarf festgestellt

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			wird, sollte eine entsprechende Behandlung auch möglich sein, um Entwicklungsstörungen möglichst früh zu korrigieren.
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG/PatV ist ausreichend und sinnvoll.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und		

3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG/PatV ist ausreichend und sinnvoll. Der Vorschlag des GKV-SV bedeutet einen hohen bürokratischen Aufwand. Ein Bedarf für diese Extra-Dokumentation besteht nicht. Diese wird im Lauf der Behandlung im Rahmen der RL regelhaft erhoben und dokumentiert.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Die Definition des Komplexen Behandlungsbedarfs durch zwingenden Einbezug von Krankenhäusern, Ergotherapeuten oder APP ist nicht zielführend. Zudem ist in §4 Absatz 2 der GKV-SV Fassung eine Soll-Formulierung gewählt worden. Hierin liegt ein Widerspruch.
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Der Schwerpunkt dieser KSV Psych RL liegt in der Vernetzung der bestehenden vertragsärztlichen Strukturen. Der Aufbau neuer Strukturen wird nicht angestrebt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Die Definition des komplexen Behandlungsbedarfs durch lediglich eine Maßnahme der Krankenbehandlung legt die Zugangsschwelle zu niedrig an.

ng

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*Nummer 5*	GKV-SV	Ablehnung	Die zwingende Festlegung auf die Koordination der Transition durch die nichtärztliche koordinierende Person ist nicht zielführend. Es ergäben sich hierdurch zwangsweise neue Schnittstellen und eine Verlangsamung der Abläufe.
	Nummer 4	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	Ein Bedarf für diese zusätzlichen Regelung besteht nicht.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nummer 1-4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 4 Absatz 1	*Nummer 5-6*	PatV	Ablehnung	Die in Nummer 5-6 genannten Einrichtungen wären unter §4 Absatz 2 zu nennen. Siehe auch Begründung nächster Punkt.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag

für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Vorschlag KBV/DKG wird unterstützt.
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung	Vorschlag KBV/DKG wird unterstützt.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 4 Absatz 3	Nummer 1-4	PatV	Ablehnung	Der Einbezug von nicht zur Teilnahme an dieser RL berechtigten Leistungserbringern kann ggf. in einem späteren Schritt erwogen werden, wenn sich die RL etabliert hat und ein solcher Schritt dann sinnvoll erscheint.
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	Nummer 5	KBV	Zustimmung. Keine Änderung	Der Einbezug von Rehabilitationseinrichtungen nach §111 SGB V wird unterstützt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	Nummer **KBV/DKG :** 10	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Der Einbezug von Jugendämtern wird unterstützt.

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 4**]**			

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6)	Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand. Die Teilnahme am Netzverbund regelt bereits das Notwendige.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und		

Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Enthaltung	Dieser Punkt erscheint schon dadurch geregelt und dadurch hinfällig, dass die genannten Leistungserbringer keine Leistungen nach SGB V erbringen dürfen und deren Vergütung / Honorar bereits an anderer Stelle geregelt ist.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus

Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Die Teilnehmer am Netzverbund verpflichten sich bereits in ihrer Teilnahmeerklärung zur Erbringung der Leistungen.
§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	dito

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	KBV/DKG Vorschlag ist ausreichend
§ 4 Absatz 6	PatV	Ablehnung	KBV/DKG Vorschlag ist ausreichend

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Ausreichend klare Beschreibung
§ 5 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Die Erfahrung mit der KSV-Psych-RL für Erwachsene hat gezeigt, dass ein hälftiger Versorgungsauftrag kein Grund für einen Ausschluss sein darf, da dies die Zahl der als Bezugsärztin/-arzt oder Bezugspsychotherapeutin/-psychotherapeut am Netzverbund Teilnehmenden erheblich mindert und die Umsetzung der RL substanziell behindert. Zudem lässt der Status eines hälftigen Versorgungsauftrags allein keine generellen Rückschlüsse auf den Umfang der Arbeitszeit bzw. eine geringere Verfügbarkeit in der Praxis für die Aufgaben der RL zu. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind hälftige Versorgungsaufträge relativ häufig. Die Arbeitszeit für gesetzlich Versicherte in diesen Praxen ist jedoch dadurch nicht auf die Hälfte begrenzt, sofern diese nicht angestellt sind. Diese kann de facto dem Umfang eines vollen Versorgungsauftrags entsprechen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Durchschnittlich beträgt die Arbeitszeit der Ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychologischen Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag nach den uns vorliegenden Grunddaten etwa zwei Drittel eines vollen Versorgungsauftrags. Zudem kann durch die Kooperation im Netz eine ständige Erreichbarkeit sichergestellt werden. So kann z B der/die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in durch die Vernetzung die Erreichbarkeit der Praxis des/der entsprechenden Facharztes/Fachärztin nutzen. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine hälftige Zulassung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie und eine weitere hälftige Zulassung im Fach Neurologie oder im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Seltenheit. Diese Fachärztinnen und Fachärzte wären dann trotz ihrer großen und breiten Expertise von der Teilnahme als Bezugsarzt oder -therapeut ausgeschlossen.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Ausreichend klare Beschreibung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Enthaltung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung zur KBV/DKG Position	
§ 5 Absatz 2	PatV	Enthaltung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,		

2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Fortsetzung Absatz 1		GKV-SV	Zustimmung und Ergänzungsvorschlag: „Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 3	Ergibt sich logisch aus den an anderer Stelle getroffenen Regelungen.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder		

Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Enthaltung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Zustimmung zur KBV/DKG Position. Die Erfahrung mit der KSV-Psych-RL für Erwachsene hat gezeigt, dass ein hälftiger Versorgungsauftrag kein Grund für einen Ausschluss sein darf, da dies die Zahl der als Bezugsärztin/-arzt oder Bezugspsychotherapeutin/-psychotherapeut am Netzverbund Teilnehmenden erheblich mindert und die Umsetzung der RL substanziell behindert. Zudem lässt der Status eines hälftigen Versorgungsauftrags allein keine generellen Rückschlüsse auf den Umfang der Arbeitszeit bzw. eine geringere Verfügbarkeit in der Praxis für die Aufgaben der RL zu. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind hälftige Versorgungsaufträge relativ häufig. Die Arbeitszeit für gesetzlich Versicherte in diesen Praxen ist jedoch dadurch nicht auf die Hälfte begrenzt, sofern diese nicht angestellt sind. Diese kann de facto dem Umfang eines vollen Versorgungsauftrags entsprechen. Durchschnittlich beträgt die Arbeitszeit der Ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychologischen Psychotherapeuten mit

			hälftigem Versorgungsauftrag nach den uns vorliegenden Grunddaten etwa zwei Drittel eines vollen Versorgungsauftrags. Zudem kann durch die Kooperation im Netz eine ständige Erreichbarkeit sichergestellt werden. So kann z B der/die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in durch die Vernetzung die Erreichbarkeit der Praxis des/der entsprechenden Facharztes/Fachärztin nutzen. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine hälftige Zulassung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie und eine weitere hälftige Zulassung im Fach Neurologie oder im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Seltenheit. Diese Fachärztinnen und Fachärzte wären dann trotz ihrer großen und breiten Expertise von der Teilnahme als Bezugsarzt oder -therapeut ausgeschlossen.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen		

Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV	Zustimmung	
	KBV/DKG	Zustimmung	
	PatV	Zustimmung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		

3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	Nummer 1	GKV-SV	Ablehnung	Unterstützung Position KBV/DKG/PatV, da praxisnähere Formulierung
	Nummer 2	KBV/DKG	„Anbahnung“ wird unterstützt	Den regionalen Versorgungsrealitäten muss Rechnung getragen werden können.
	Nummer 4+5	KBV/DKG	Zustimmung zu dieser Formulierung	Praxisnähe

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	Die Festlegung darauf, dass eine nichtärztliche (bzw. auch eine nicht-psychotherapeutische) Person die Koordination übernehmen MUSS, ist nicht zielführend. Es würde dadurch eine weitere zwangsweise Schnittstelle im Behandlungsprozess erzeugt, die den Fluss des Therapieprozesses nicht berücksichtigt und diesen durch Zeitverzögerung eher behindern kann.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, 3. Medizinische Fachangestellte, 4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig, 5. Pflegefachpersonen, 6. Psychologinnen und Psychologen, 7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen, 8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger. Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Die Festlegung darauf, dass eine nichtärztliche (bzw. auch eine nicht-psychotherapeutische) Person die Koordination übernehmen MUSS, ist nicht zielführend. Es würde dadurch eine weitere zwangsweise Schnittstelle im Behandlungsprozess erzeugt, die den Fluss des Therapieprozesses nicht berücksichtigt und diesen durch Zeitverzögerung eher behindern kann.
§ 6		KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**		GKV-SV/ PatV	Ablehnung	Die Voraussetzung der fachspezifischen Zusatzqualifikation und der Nachweis einer zweijährigen Berufserfahrung sollte auch für die Berufsgruppen nach Nummer 1+2 gelten.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG ist ausreichend präzise
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Die Formulierung ist ausreichend präzise
§ 7 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG ist ausreichend präzise

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in

Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2	sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen;	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur Position der KBV/DKG
§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung, keine Ergänzung	Klarste und präziseste Beschreibung der Aufgaben und Organisation
§ 7 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Zustimmung zur Position der KBV/DKG

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		PatV	Ablehnung	Zustimmung zur Position KBV/DKG

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch	

	schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	Zustimmung, keine Ergänzung	Diese Aufgabe erachten wir als sehr wichtig.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie = BVDP e.V.
18.09.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung, keine Änderung	Unterschiede nur redaktionell
§ 8 Absatz 1	PatV	Zustimmung, keine Änderung	Unterschiede nur redaktionell

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung	Der Zugang sollte so niederschwellig wie möglich gestaltet werden.
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes
§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, Aufnahme des Wortes „auch“	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt
§ 8 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	
§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung	redundant

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.
§ 9 Absatz 1	PatV	Ablehnung	redundant

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	redundant

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung, keine Änderung	
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Im Wesentlichen inhaltsgleich mit PatV.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	PatV	Zustimmung, keine Änderung	Im Wesentlichen inhaltsgleich mit KBV/DKG.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.
§ 10 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Redundante Stellen in den eckigen Klammern.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.
§ 10 Absatz 2	Nummer 1-5	PatV	Ablehnung	Zu kleinteilige Beschreibung des Sachverhaltes.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	
§ 10 Absatz 4	PatV	Ablehnung	redundant

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1		GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 11 Absatz 1		KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes
§ 11 Absatz 1		PatV	Ablehnung	redundant

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie		Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV	Ablehnung	redundant
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV	Ablehnung	redundant
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV	Ablehnung	redundant
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV	Ablehnung	redundant

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Ablehnung	Es fehlt hier die Möglichkeit der Fallbesprechungen per Video.
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung,	Unterschiede nur redaktionell

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	redundant

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, Entlassdatum kann sich auch kurzfristig ändern.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	
§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, Entlassdatum kann sich auch kurzfristig ändern.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, zu kleinteilige Beschreibung
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.
§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, zu kleinteilige Beschreibung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung,	Unterschiede nur redaktionell

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung,	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung, Streichung „halbjährlich“ und Aufnahme „regelmäßig“	Eine halbjährliche Prüfung der Voraussetzungen festzuschreiben, ist nicht sinnvoll.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung,	„Regelmäßig“ die Voraussetzungen zu prüfen ist sachdienlicher.
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung,	Unterschied zu KBV/DKG nur redaktionell

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratie-Aufwand, zu kleinteilige Beschreibung
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes
§ 15	PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratie-Aufwand, zu kleinteilige Beschreibung

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Berufsverband Deutscher Nervenärzte = BVDN e.V.
18.09.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Ablehnung	Die Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten ist eine implizite Folge der Umsetzung der RL und ist somit nachrangig der Verbesserung der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Die Ausführung der PatV wird unterstützt.	Das ursprüngliche Ziel bei der Entwicklung der KSV-Psych-Richtlinien für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche war die Verbesserung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung durch berufsgruppenübergreifende Kooperation und Vernetzung.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Keine Änderung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Ablehnung	Das Ziel der KSV-Psych-Richtlinie für Kinder und Jugendliche ist primär die Verbesserung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung durch berufsgruppenübergreifende Kooperation und Vernetzung. Eine Beteiligung der PIA ist durch die RL bereits eindeutig geregelt.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Ein Ausschluss der Patientengruppe bis zum vollendeten 3. Lebensjahr ist nicht zielführend. Es wird sich hier voraussichtlich um eine geringe Fallzahl handeln. Gerade wenn in einem solch frühen Alter ein komplexer Versorgungsbedarf festgestellt

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			wird, sollte eine entsprechende Behandlung auch möglich sein, um Entwicklungsstörungen möglichst früh zu korrigieren.
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG/PatV ist ausreichend und sinnvoll.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und		

3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG/PatV ist ausreichend und sinnvoll. Der Vorschlag des GKV-SV bedeutet einen hohen bürokratischen Aufwand. Ein Bedarf für diese Extra-Dokumentation besteht nicht. Diese wird im Lauf der Behandlung im Rahmen der RL regelhaft erhoben und dokumentiert.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Die Definition des Komplexen Behandlungsbedarfs durch zwingenden Einbezug von Krankenhäusern, Ergotherapeuten oder APP ist nicht zielführend. Zudem ist in §4 Absatz 2 der GKV-SV Fassung eine Soll-Formulierung gewählt worden. Hierin liegt ein Widerspruch.
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Der Schwerpunkt dieser KSV Psych RL liegt in der Vernetzung der bestehenden vertragsärztlichen Strukturen. Der Aufbau neuer Strukturen wird nicht angestrebt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Die Definition des komplexen Behandlungsbedarfs durch lediglich eine Maßnahme der Krankenbehandlung legt die Zugangsschwelle zu niedrig an.

ng

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*Nummer 5*	GKV-SV	Ablehnung	Die zwingende Festlegung auf die Koordination der Transition durch die nichtärztliche koordinierende Person ist nicht zielführend. Es ergäben sich hierdurch zwangsweise neue Schnittstellen und eine Verlangsamung der Abläufe.
	Nummer 4	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	Ein Bedarf für diese zusätzlichen Regelung besteht nicht.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nummer 1-4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 4 Absatz 1	*Nummer 5-6*	PatV	Ablehnung	Die in Nummer 5-6 genannten Einrichtungen wären unter §4 Absatz 2 zu nennen. Siehe auch Begründung nächster Punkt.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag

für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Vorschlag KBV/DKG wird unterstützt.
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung	Vorschlag KBV/DKG wird unterstützt.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	
§ 4 Absatz 3	Nummer 1-4	PatV	Ablehnung	Der Einbezug von nicht zur Teilnahme an dieser RL berechtigten Leistungserbringern kann ggf. in einem späteren Schritt erwogen werden, wenn sich die RL etabliert hat und ein solcher Schritt dann sinnvoll erscheint.
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	Nummer 5	KBV	Zustimmung. Keine Änderung	Der Einbezug von Rehabilitationseinrichtungen nach §111 SGB V wird unterstützt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	Nummer **KBV/DKG :** 10	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Der Einbezug von Jugendämtern wird unterstützt.

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung. Keine Änderung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 4**]**			

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6)	Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand. Die Teilnahme am Netzverbund regelt bereits das Notwendige.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und		

Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Enthaltung	Dieser Punkt erscheint schon dadurch geregelt und dadurch hinfällig, dass die genannten Leistungserbringer keine Leistungen nach SGB V erbringen dürfen und deren Vergütung / Honorar bereits an anderer Stelle geregelt ist.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus

Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Die Teilnehmer am Netzverbund verpflichten sich bereits in ihrer Teilnahmeerklärung zur Erbringung der Leistungen.
§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	dito

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	KBV/DKG Vorschlag ist ausreichend
§ 4 Absatz 6	PatV	Ablehnung	KBV/DKG Vorschlag ist ausreichend

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Ausreichend klare Beschreibung
§ 5 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur KBV/DKG Position.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Die Erfahrung mit der KSV-Psych-RL für Erwachsene hat gezeigt, dass ein hälftiger Versorgungsauftrag kein Grund für einen Ausschluss sein darf, da dies die Zahl der als Bezugsärztin/-arzt oder Bezugspsychotherapeutin/-psychotherapeut am Netzverbund Teilnehmenden erheblich mindert und die Umsetzung der RL substanziell behindert. Zudem lässt der Status eines hälftigen Versorgungsauftrags allein keine generellen Rückschlüsse auf den Umfang der Arbeitszeit bzw. eine geringere Verfügbarkeit in der Praxis für die Aufgaben der RL zu. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind hälftige Versorgungsaufträge relativ häufig. Die Arbeitszeit für gesetzlich Versicherte in diesen Praxen ist jedoch dadurch nicht auf die Hälfte begrenzt, sofern diese nicht angestellt sind. Diese kann de facto dem Umfang eines vollen Versorgungsauftrags entsprechen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Durchschnittlich beträgt die Arbeitszeit der Ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychologischen Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag nach den uns vorliegenden Grunddaten etwa zwei Drittel eines vollen Versorgungsauftrags. Zudem kann durch die Kooperation im Netz eine ständige Erreichbarkeit sichergestellt werden. So kann z B der/die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in durch die Vernetzung die Erreichbarkeit der Praxis des/der entsprechenden Facharztes/Fachärztin nutzen. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine hälftige Zulassung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie und eine weitere hälftige Zulassung im Fach Neurologie oder im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Seltenheit. Diese Fachärztinnen und Fachärzte wären dann trotz ihrer großen und breiten Expertise von der Teilnahme als Bezugsarzt oder -therapeut ausgeschlossen.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung. Keine Änderung	Ausreichend klare Beschreibung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Enthaltung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung zur KBV/DKG Position	
§ 5 Absatz 2	PatV	Enthaltung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,		

2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Fortsetzung Absatz 1		GKV-SV	Zustimmung und Ergänzungsvorschlag: „Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 3	Ergibt sich logisch aus den an anderer Stelle getroffenen Regelungen.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder		

Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Enthaltung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Zustimmung zur KBV/DKG Position. Die Erfahrung mit der KSV-Psych-RL für Erwachsene hat gezeigt, dass ein hälftiger Versorgungsauftrag kein Grund für einen Ausschluss sein darf, da dies die Zahl der als Bezugsärztin/-arzt oder Bezugspsychotherapeutin/-psychotherapeut am Netzverbund Teilnehmenden erheblich mindert und die Umsetzung der RL substanziell behindert. Zudem lässt der Status eines hälftigen Versorgungsauftrags allein keine generellen Rückschlüsse auf den Umfang der Arbeitszeit bzw. eine geringere Verfügbarkeit in der Praxis für die Aufgaben der RL zu. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind hälftige Versorgungsaufträge relativ häufig. Die Arbeitszeit für gesetzlich Versicherte in diesen Praxen ist jedoch dadurch nicht auf die Hälfte begrenzt, sofern diese nicht angestellt sind. Diese kann de facto dem Umfang eines vollen Versorgungsauftrags entsprechen. Durchschnittlich beträgt die Arbeitszeit der Ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychologischen Psychotherapeuten mit

			hälftigem Versorgungsauftrag nach den uns vorliegenden Grunddaten etwa zwei Drittel eines vollen Versorgungsauftrags. Zudem kann durch die Kooperation im Netz eine ständige Erreichbarkeit sichergestellt werden. So kann z B der/die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in durch die Vernetzung die Erreichbarkeit der Praxis des/der entsprechenden Facharztes/Fachärztin nutzen. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist eine hälftige Zulassung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie und eine weitere hälftige Zulassung im Fach Neurologie oder im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Seltenheit. Diese Fachärztinnen und Fachärzte wären dann trotz ihrer großen und breiten Expertise von der Teilnahme als Bezugsarzt oder -therapeut ausgeschlossen.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen		

Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV	Zustimmung	
	KBV/DKG	Zustimmung	
	PatV	Zustimmung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		

3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	Nummer 1	GKV-SV	Ablehnung	Unterstützung Position KBV/DKG/PatV, da praxisnähere Formulierung
	Nummer 2	KBV/DKG	„Anbahnung“ wird unterstützt	Den regionalen Versorgungsrealitäten muss Rechnung getragen werden können.
	Nummer 4+5	KBV/DKG	Zustimmung zu dieser Formulierung	Praxisnähe

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	Die Festlegung darauf, dass eine nichtärztliche (bzw. auch eine nicht-psychotherapeutische) Person die Koordination übernehmen MUSS, ist nicht zielführend. Es würde dadurch eine weitere zwangsweise Schnittstelle im Behandlungsprozess erzeugt, die den Fluss des Therapieprozesses nicht berücksichtigt und diesen durch Zeitverzögerung eher behindern kann.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, 3. Medizinische Fachangestellte, 4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig, 5. Pflegefachpersonen, 6. Psychologinnen und Psychologen, 7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen, 8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger. Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Die Festlegung darauf, dass eine nichtärztliche (bzw. auch eine nicht-psychotherapeutische) Person die Koordination übernehmen MUSS, ist nicht zielführend. Es würde dadurch eine weitere zwangsweise Schnittstelle im Behandlungsprozess erzeugt, die den Fluss des Therapieprozesses nicht berücksichtigt und diesen durch Zeitverzögerung eher behindern kann.
§ 6		KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**		GKV-SV/ PatV	Ablehnung	Die Voraussetzung der fachspezifischen Zusatzqualifikation und der Nachweis einer zweijährigen Berufserfahrung sollte auch für die Berufsgruppen nach Nummer 1+2 gelten.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG ist ausreichend präzise
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Die Formulierung ist ausreichend präzise
§ 7 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Die Formulierung der KBV/DKG ist ausreichend präzise

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in

Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2	sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen;	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Zustimmung zur Position der KBV/DKG
§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung, keine Ergänzung	Klarste und präziseste Beschreibung der Aufgaben und Organisation
§ 7 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Zustimmung zur Position der KBV/DKG

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		PatV	Ablehnung	Zustimmung zur Position KBV/DKG

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch	

	schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	Zustimmung, keine Ergänzung	Diese Aufgabe erachten wir als sehr wichtig.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Berufsverband Deutscher Nervenärzte = BVDN e.V.
18.09.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung, keine Änderung	Unterschiede nur redaktionell
§ 8 Absatz 1	PatV	Zustimmung, keine Änderung	Unterschiede nur redaktionell

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung	Der Zugang sollte so niederschwellig wie möglich gestaltet werden.
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes
§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, Aufnahme des Wortes „auch“	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt
§ 8 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Überweisung wird abgelehnt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	
§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung	redundant

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.
§ 9 Absatz 1	PatV	Ablehnung	redundant

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	redundant

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung, keine Änderung	
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Im Wesentlichen inhaltsgleich mit PatV.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	PatV	Zustimmung, keine Änderung	Im Wesentlichen inhaltsgleich mit KBV/DKG.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.
§ 10 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Redundante Stellen in den eckigen Klammern.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.
§ 10 Absatz 2	Nummer 1-5	PatV	Ablehnung	Zu kleinteilige Beschreibung des Sachverhaltes.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	
§ 10 Absatz 4	PatV	Ablehnung	redundant

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1		GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 11 Absatz 1		KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes
§ 11 Absatz 1		PatV	Ablehnung	redundant

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie		Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV	Ablehnung	redundant
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV	Ablehnung	redundant
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV	Ablehnung	redundant
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV	Ablehnung	redundant

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Ablehnung	Es fehlt hier die Möglichkeit der Fallbesprechungen per Video.
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, keine Änderung,	Unterschiede nur redaktionell

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	redundant

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, Entlassdatum kann sich auch kurzfristig ändern.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	
§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, Entlassdatum kann sich auch kurzfristig ändern.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, zu kleinteilige Beschreibung
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes.
§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratieaufwand, zu kleinteilige Beschreibung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung,	Unterschiede nur redaktionell

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, keine Änderung,	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung, Streichung „halbjährlich“ und Aufnahme „regelmäßig“	Eine halbjährliche Prüfung der Voraussetzungen festzuschreiben, ist nicht sinnvoll.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung,	„Regelmäßig“ die Voraussetzungen zu prüfen ist sachdienlicher.
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung,	Unterschied zu KBV/DKG nur redaktionell

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV	Ablehnung	Zu großer Bürokratie-Aufwand, zu kleinteilige Beschreibung
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes
§ 15	PatV	Ablehnung	Zu großer Bürokratie-Aufwand, zu kleinteilige Beschreibung

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V.
06.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit und der Einbezug der Bezugspersonen wird ausdrücklich befürwortet.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Ist zu befürworten	Es fehlt oft an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Ist zu befürworten und sollte weit genug gefasst sein	Jugendliche und junge Erwachsene gerade mit komplexem Behandlungsbedarf brauchen oft länger Hilfen aus dem Kinder- und Jugendspektrum

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zu Nr 8: die Möglichkeit der aufsuchenden Versorgung ist unbedingt zu befürworten, sollte aber auch im weiteren Bereich eindeutig definiert sein	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Die Gültigkeit der Richtlinie ab Geburt ist unbedingt zu befürworten	Auch Babys und Kleinkinder können aufgrund von Lebensereignissen, familiären Situationen oder eigenen Erkrankungen einen komplexen Behandlungsbedarf benötigen, der gerade in

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			dieser sensiblen Entwicklungsphase zur Verfügung stehen sollte.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Hier sollte auch formuliert werden, dass der Entwicklungsstand des jungen Erwachsenen auch diesem entspricht. Bei dieser Patientengruppe liegt häufiger eine dissoziierte Entwicklung vor.	Viele junge Erwachsenen mit komplexen Behandlungsbedarf zeigen u.A. auch Entwicklungsverzögerungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen.

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Besonders die Behandlungsmöglichkeit auch über das 21. Lebensjahr hinaus ist unbedingt zu befürworten.	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zu Nr 5+6	In strukturschwachen Regionen muss die Möglichkeit der Teilnahme groß genug aufgestellt sein.
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag

für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Zustimmung zu Nr 1-4, ebenso allgemein dazu, dass ein flexibles, patientenindividuelles Behandlungsteam gebildet werden soll.	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer* ***[KBV/DK***	*KBV/DKG /PatV*	Die Absätze 9, 10, 11, 12 der PatV sind zu befürworten	Formulierung so, dass die jeweiligen lokalen Anbieter integriert werden können.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 3**]**	***G:** 10.]* ***[PatV:** 9.]*			

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im	

	Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden		

wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Eine koordinierende Person als Voraussetzung für das Tätigwerden nach der Richtlinie vertraglich zu binden wird die praktische Umsetzbarkeit der Richtlinie erheblich einschränken und wird deshalb nicht befürwortet	Vertragliche Bindung wird eine bestimmte „Menge“ an Behandlungsfällen benötigen, das wird nicht immer realistisch sein und Kindern den Zugang zur Behandlung nach dieser Richtlinie erschweren.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem		

Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder		

einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**

(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Entgegen der Forderung, dass Bezugsärzte/-therapeuten einen vollen Versorgungsauftrag haben müssen sollten auch	In vielen Regionen sind zumindest im Bereich der Psychotherapeuten viele Kollegen mit hälftigem Versorgungsauftrag tätig. Diese

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		entsprechende Leistungserbringer mit hälftigem Versorgungsauftrag einbezogen werden	auszuschließen gefährdet die Umsetzung der Richtlinie.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Nr 1-3: auch in diesen Fällen kann ein Psychtherapeut/in Bezugstherapeut sein	In einer koordinierten Zusammenarbeit kann auch bei Vorliegen behandlungsrelevanter somatischer oder pharmakologischer Behandlungen die Gesamtbehandlungsplanung in Absprache mit den ärztlichen Behandlern durch Bezugstherapeuten geleistet werden.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit		

zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	

in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,		
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	**Diese Regelung sollte flexibler gefasst werden um die Anwendung der Richtlinie bei geringem Patientenaufkommen, in ländlich-strukturschwachen Regionen nicht unnötig zu erschweren**	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,		

2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	**Die koordinierende Person sollte, so es sie gibt, grundsätzlich über ausreichende fachspezifische Zusatzqualifikationen verfügen.**	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e.V.
06.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Grundsätzlich stellt sich zu allen 3 Positionen (GKV-SV; KBV,DKG; PatV) die Frage, wie Kinder und Jugendliche, die Leistungen nach der Sozialpsychiatrievereinbarung benötigen diese auch erhalten können.	Es wird Patienten geben, die aus beiden Richtlinien Leistungen benötigen. Außerdem arbeiten viele Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen in und mit dieser Vereinbarung, so dass hier die psychiatrisch evt. notwendige Mitbehandlung erschwert werden könnte.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, BKJPP eV

Umbach 4, 55116 Mainz, mail@bkjpp.de

08.10.23

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	Insgesamt erscheinen die Vorschläge der verschiedenen Bänke inhaltlich nah beieinander. Wesentliche Unterschiede bestehen in Bezug auf die Anlage des Netzkonzepts, innerhalb dessen die berufsgruppenübergreifende, koordinierte Versorgung erfolgen soll. Die Versorgungsangebote sind im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weniger dicht vorhanden als in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie. Die Versorgungsregionen der beteiligten Kliniken sind wesentlich größer als in der Erwachsenenpsychiatrie. Dies erfordert andere Formen der Netzverbünde. Das Konzept von KBV/DKG trägt diesem Umstand wesentlich besser Rechnung als die anderen beiden Konzepte. Es muss ohne großen Aufwand möglich sein, auch in dünn besiedelten und schlechter versorgten Regionen Behandlungsnetzwerke zu gründen und damit den Auftrag des Gesetzgebers möglichst flächendeckend umzusetzen. Die Netzwerke sollten auf den bestehenden Versorgungsangeboten aufbauen. Es müssen v.a. bestehende Strukturen anders, nämlich kooperativ genutzt werden, nicht mühsam neue geschaffen, die dann wieder zusätzliche Schnittstellenschwierigkeiten generieren werden. Die Aufmerksamkeit muss zentral auf die Kooperation am konkreten Patienten fokussiert werden und damit weitestgehend der Behandlung des Patienten zukommen. Das Konzept von KBV/DKG sorgt für schlanke Organisationsstrukturen, bietet dabei auch eine Gewähr für eine stark patientenzentrierte, berufsgruppenübergreifende, koordinierte Zusammenarbeit. Der Patient steht im Mittelpunkt der Kooperation, nicht das kooperierende System. Die aktuell bestehende Versorgungsstruktur macht es unabdingbar, dass die Beteiligten unabhängig von dem Umfang ihres Versorgungsauftrags zu dieser Versorgung zugelassen werden. Eine Beschränkung auf volle Versorgungsaufträge wird der Realität in keiner Weise gerecht. Dem Bedarf an Krisen- und Notfallversorgung kann sehr gut innerhalb der Verbünde Rechnung getragen werden. Diese gemeinsame Verantwortung für die Versorgung im konkreten Einzelfall auch in der Krisensituation unterstützt die berufsgruppenübergreifende Kooperation sehr gut, weil es auch die ohnehin vorhandenen dringenden Kooperationswünsche der beteiligten Institutionen gerade in schwierigen Situationen fördert. Das Konzept von KBV/DKG liefert dafür alle erforderlichen Voraussetzungen. Dementsprechend wird diese Netzwerkkonzeption vom BKJPP sehr unterstützt, die dazu konträre des GKV-SV wird abgelehnt. Wir sehen darin keinen Zusatznutzen für die Versorgung der in Frage kommenden Patientengruppe, sehr wohl aber zusätzliche Schnittstellen mit dann neuen Koordinationsherausforderungen und inhaltlichen Schwachpunkten an diesen neuen Schnittstellen.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nr. 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung zur Position GKV-SV, KBV/DKG.	Nr. 5 in der gewählten Version entspricht den gesetzlichen Vorgaben.
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Enthaltung	Inhaltlich ist die Position gut nachvollziehbar. Der Fokus der RiLi liegt gesetzesgemäß aber auf der Förderung des Übergangs von der stationären in die ambulante Behandlung. Wenn dies gelingt, werden dadurch auch wieder Ressourcen für dringend benötigte stationäre Behandlungen frei. Die Formulierung von GKV-SV/KBV/DKG ist deshalb ausreichend.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Ablehnung	Unterstützung des Netzkonzepts von KBV/DKG. Im Konzept von KBV/DKG ergibt sich

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				die Forderung der PatV logischerweise und muss nicht erneut benannt werden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zu allen Punkten	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Es ist inhaltlich nicht begründbar, die sehr jungen Kinder auszuschließen. Es wird nur eine sehr kleine Gruppe betreffen, aber gerade diese Patientengruppe braucht ggf. eine intensive Behandlung im häuslichen Umfeld und die Vermeidung einer stationären

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Behandlung. Stationäre Behandlungen bei sehr früh schon sehr schwer erkrankten Kindern müssten in dieser Altersgruppe in der Regel Eltern-Kind-Aufnahmen sein. Es gibt dafür kaum geeignete Behandlungsplätze in Deutschland. Sie flächendeckend aufzubauen, wäre in Anbetracht der kleinen Gruppe auch nicht sinnvoll. Die Richtlinie könnte hier eine bestehende Lücke schließen.
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	s.o.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Siehe unten unter den Folgepunkten
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Regelungen ausreichend, um die besonderen Anforderungen an die Behandlung abzubilden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer		

großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Dass eine Diagnose auf Achse 1 vorliegen muss, ist Grundlage jeder Behandlung, muss also nicht gesondert Erwähnung finden. Die Achse 5-Einschätzung ist entbehrlich. Das psychosoziale Funktionsniveau (Achse 6) lässt eine ausreichende Einschätzung zu, es ist davon auszugehen, dass bei einem Ausmaß von 4 – 8 auf Achse 6 nahezu immer auch die vom GKV-SV vorgeschlagenen Bedingungen auf Achse 5 vorliegen. Es entsteht somit nur überflüssiger bürokratischer Aufwand, der zudem sensible Daten über Dritte beinhaltet.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Der komplexe Behandlungsbedarf kann nicht zwingend an den Einbezug eines Krankenhauses gebunden werden. Es soll gerade die wohnortnahe ambulante Behandlung der schwer erkrankten Kinder und Jugendlichen unterstützt werden. Die zwingende Kombination Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsebene und Krankenhausebene wird oft nicht sinnvoll umsetzbar sein und behindert dann sinnvolle

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			ambulante Behandlungen. Die Formulierung „und“ widerspricht im Übrigen der Anforderung aus § 4 Abs. 2 des GKV-SV. Dort heißt es: ´bei Bedarf sollen eigebunden werden´. Unbenommen ist aber, dass ein Partner im Netzwerk natürlich auch aus einer Klinik kommen kann. Bei Patienten, die in einer PIA behandelt werden, ist es gut vorstellbar, dass ein Netzwerk tatsächlich „sektorübergreifend“ arbeitet, also das System „Krankenhaus“ und das System „Ambulante ärztliche Versorgung“ kooperieren. Es sollte egal sein, ob die Fachärztin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in einer Klinik angestellt sind oder in einer niedergelassenen Praxis arbeiten. Wichtig sind die Kompetenzen, wichtig ist die Kooperation der Professionen direkt am konkreten Patienten orientiert. Die hier genannte GKV-SV-Position widerspricht dem Netzansatz von KBV/DKG und wird deshalb abgelehnt. Siehe dazu auch an vielen anderen Stellen in der Stellungnahme.
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Die Konzeption des Behandlungsnetzwerks ist realitätsnah und adressiert sehr gut die zu adressierende Patientengruppe. Es ist wenig bürokratischer Aufwand, so dass eine breite Umsetzung in der Versorgung wesentlich

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			wahrscheinlicher scheint als im Vorschlag des GKV-SV. Mit dem Vorschlag von KBV/DKG kann wesentlich besser sichergestellt werden, auch dünner besiedelte Regionen entsprechend zu versorgen.
§ 2 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Inhaltlich kann die Position der PatV gut nachvollzogen werden. Es ist aber nicht Aufgabe des G-BA Regelungen in andere SGB-Bereiche zu treffen. Im Übrigen würde durch die Formulierung auch letztlich die Entscheidung eines anderen SGB-Bereichs mitentscheidend über die Leistung nach dieser SGB-V-Richtlinie.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*Nummer 1-4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
	Nummer 5	GKV-SV	Ablehnung	Die Koordination soll durch die behandelnden Bezugsarzt / Bezugstherapeuten geregelt werden. Er kann dabei einzelne Aufgaben unter seiner Verantwortung delegieren. Eine zwingend eingeführte nichtärztliche koordinierende Person schafft nur eine zusätzliche Schnittstelle, die den Transitionsprozess eher verlangsamen wird und Abläufe behindert, weil sie komplizierter werden. Hier wird auf die Netzwerk-Konzeption von KBV/DKG verwiesen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	§3 Abs. 4 regelt die Altersregelungen umfassend und eindeutig. Der Verweis auf abweichende Regelungen verwirrt. Wenn sie andere Rechtsnormen betreffen, sind sie ohnehin gültig.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Es ist selbsterklärend, dass der Kooperationsanlass primär immer

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			patientenbezogen sein muss. Darüberhinausgehend müssen aber weitere behandlungsbezogene Aspekte zwischen den Netzwerken besprochen werden, um die vulnerable Schnittstelle in die Erwachsenenwelt nicht zur Bruchstelle für die Patienten wird. Dies sollte explizit auch benannt werden.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nummer 1 bis 4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1	*Nummer 5 und 6*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	Ablehnung	Berufsgruppen sind in 1-4 klar geregelt. Wenn in den entsprechenden unter 5 und 6 genannten Institutionen die Berufsgruppen aus 1-4 vertreten sind, dann können diese Institutionen teilnehmen. Der Bezug auf die institutionelle Ebene allein scheint nicht sinnvoll, da er die Fachqualifikation des Ausführenden nicht explizit. Analog müsste man dann auch Praxen für KJPP zulassen und würde nicht sicherstellen, dass auch tatsächlich der / die Fachärzt:in die Behandlung macht.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks. Bürokratischer Aufwand ist möglichst klein zu halten. Es braucht Kooperation, nicht neue Strukturen, die dann erst wieder kooperieren können, wenn sie viel organisatorischen Aufwand betrieben haben.
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks. Bürokratischer Aufwand ist möglichst klein zu halten. Es braucht Kooperation, nicht neue Strukturen, die dann erst wieder kooperieren können, wenn sie viel organisatorischen Aufwand betrieben haben.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Reduktion des bürokratischen Aufwands wird die Umsetzung in der Versorgung befördern.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz	

	1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Netzkonzeption KBV/DKG wird unterstützt

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Zustimmung	Netzkonzeption von DKG/KBV wird unterstützt

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.]** **[PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	
§ 4 Absatz 3		PatV	Keine Ablehnung	Einleitender Satz der PatV denkbar. Regelung im Vorschlag GKV-SV/KBV/DKG aber bereits eindeutig und kürzer, wird deshalb favorisiert.
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*Nr. 5-9*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*	Zustimmung zu den Inhalten.	Das „und“ des GKV-SV unter Nr. 8 ist nicht sinnvoll, da weitere Punkte bei DKG/KBV/PatV folgen, denen unsererseits zugestimmt wird.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*Nummer **[KBV/DKG: 10-13]***	*KBV/DKG /PatV*	Zustimmung zur Aufzählung von DKG/KBV	Formulierungen der PatV werden nicht abgelehnt, die von KBV/DKG erscheinen klar und ausreichend.

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 4**]**			

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Behandlungsnetzwerks, wie von KBV/DKG vorgeschlagen, wird unterstützt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Behandlungsnetzwerks, wie von KBV/DKG vorgeschlagen wird unterstützt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung		

von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks von KBV/DKG wird unterstützt

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen

		nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt, Dopplungen vermeiden
§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt, Dopplungen vermeiden

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt
§ 4 Absatz 6	PatV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks wie bei DKG/KBV wird unterstützt

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	s.o.
§ 5 Absatz 1	PatV	Ablehnung	s.o.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Netzkonzeption von KBV/DKG wird unterstützt. Der Ausschluss von halben Versorgungssitzen ist inhaltlich nicht

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			begründbar: Die tatsächliche Versorgungssituation im Bereich KJP/KJPP macht es erforderlich, dass schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendlichen jede nur für sie erreichbare, fachgerechte Behandlung bekommen können. Wohnortnähe ist in der KJP/KJPP ohnehin schwieriger umzusetzen, als in der Erwachsenenpsychiatrie. Hier dann auch noch die Angebote auf Grund des Versorgungsumfangs zu minimieren bedeutet, sie de facto nur ein einigen wenigen Regionen in Deutschland überhaupt möglich werden zu lassen. Man möge auch bedenken, dass jedes Kind in der Regel von einem Erwachsenen zu der Therapie begleitet werden muss. Das Bedarfsplanungsgutachten (Sundmacher et al.) macht sehr deutlich, dass die Patientengruppe ohnehin schon diejenige ist, die die längsten Anfahrtswege mit dem PKW hat (und Jugendliche haben keine PKWs, brauchen also auch hier ÖPNV oder Erwachsene, die sie fahren. Die Notfallversorgung kann innerhalb des Netzwerks geregelt werden. Krankenhausstrukturen in Deutschland regeln dies analog, man erreicht nicht in jeder Krise sofort den diensthabenden Arzt, es ist aber wichtig, dass sehr zeitnah eine geeignete

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Behandlungsmaßnahme organisiert werden kann. Dies ist dann Aufgabe der Netzwerke, die das gut regeln können. Die Koordination ist eine zentrale Aufgabe im Netzwerk. Sie darf nicht zu einer weiteren obligaten Schnittstelle führen. Oftmals wird es sehr sinnvoll und wichtig sein, dass der /die behandelnden Therapeut:innen in der Koordination direkt weitere Behandlungsschritte abstimmen. Dies ist nicht übertragbar an Dritte. Übertragen werden können administrative Aufgaben wie Terminvereinbarungen u.ä. Nicht aber die eigentliche Koordination der Behandlung. Siehe dazu auch die allgemeinen Anmerkungen.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	s.o. Die Netzwerkkonzeption der KBV/DKG wird unterstützt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet:		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser

(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)		nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Ablehnung	Unterstützung des Netzwerkkonzepts von KBV/DKG

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der	

	Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. [**KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.]

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Formulierung klarer
§ 5 Absatz 2	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder		

3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Ablehnung	Für die Funktion des Bezugstherapeuten / -arztes ist ein besonderes Vertrauensverhältnis notwendig, nicht primär die Berufsgruppe. Die Berufsordnungen der nicht-ärztlichen Psychotherapeut:innen wie auch der Ärzt:innen regeln deren Pflichten eindeutig. Dazu gehört ggf. auch für einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, somatische Aspekte einer Erkrankung abklären zu lassen bzw. behandeln zu lassen. Es kann in einem anderen Fall genauso bedeutsam sein, dass ein Arzt eine testpsychologische Abklärung, die er nicht selbst durchführen kann, an den psychologischen Netzwerkpartner delegiert.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	An anderer Stelle bereits geregelt. Netzwerkkonzeption von KBV/DKG wird unterstützt.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist,

		dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	An anderer Stelle bereits geregelt bei KBV/DKG

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV	Zustimmung	Wir sehen zwischen den Versionen von GKV-SV und DKG/KBV keine wesentlichen Unterschiede. Unseres Erachtens sind es redaktionelle Unterschiede, die in beide Richtungen auflösbar erscheinen.
	KBV/DKG	Zustimmung	Wir sehen zwischen den Versionen von GKV-SV und DKG/KBV keine wesentlichen Unterschiede. Unseres Erachtens sind es redaktionelle Unterschiede, die in beide Richtungen auflösbar erscheinen.
	PatV	Ablehnung des Verweises auf die Behandlungskontinuität	Wenn es zu einem Wechsel kommt, ist vorher möglicherweise etwas schief gegangen. Dann kann Behandlungskontinuität sinnvoll sein, aber auch gerade nicht. Sie sollte nicht explizit gefordert werden.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		

<table>
<tr><td>1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</td><td colspan="2">1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. die unverzügliche [GKV-SV, PatV: Einleitung] [KBV/DKG: Anbahnung] einer ambulanten oder stationären Behandlung,</td></tr>
<tr><td colspan="3">3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td>4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,</td><td>4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.</td></tr>
<tr><td></td><td>5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.</td><td></td></tr>
</table>

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*Nummer 1*	GKV-SV	Ablehnung	Andere Konzeption des Netzes. Zustimmung zum Vorschlag DKG/KBV
	Nummer 1 bis 5	KBV/DKG	Zustimmung	Ablehnung des Begriffs Einleitung aus dem Vorschlag von GKV-SV und PatV, da dies bedeuten würde, in eine andere Organisation hoheitlich einzugreifen. Man kann nur anbahnen.
	Nummer 4	PatV	Ablehnung	Gesamtkonzeption des §.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Andere Konzeption des Netzwerks. Zustimmung zum Vorschlag von KBV/DKG

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,		

2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung der Ausschließlichkeit	Netzwerkkonzeption
§ 6		KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zum unterstützenden Einbezug	Netzwerkkonzeption
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*Nr. 1-8*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zu allen genannten Berufsgruppen und Zustimmung zur Zusatzqualifikation für alle genannten Berufsgruppen. D.h. Ablehnung der Eingrenzung auf Nr. 3-8 wie von GKV-SV und PatV vorgeschlagen.	Weder Heilmittelerbringer noch Leistungserbringer häuslicher Krankenpflege verfügen a priori über hinreichendes Wissen bei Kindern und Jugendlichen. Alle genannten Berufsgruppen müssen eine entsprechende Qualifikation resp. einschlägige Erfahrungen vorweisen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Netzwerkkonzeption
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Netzwerkkonzeption
§ 7 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Netzwerkkonzeption

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Unterstützung der Netzwerkkonzeption der KBV/DKG
§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Netzwerkkonzeption KBV/DKG wird unterstützt. Umfassende, bürokratiearme Regelung der Aufgabenstellung ist erforderlich und wird hier umgesetzt. Die Ressourcen müssen beim Patienten ankommen, Koordination und Kooperation muss konsequent das oberste Ziel darstellen.
§ 7 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Das Netzwerkkonzept von KBV/DKG wird unterstützt

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV	Existiert nicht.	
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	s.u.	
§ 7 Absatz 3		PatV	Ablehnung	Netzwerk Konzept und Darstellung der Aufgabenstellungen von KBV/DKG werden unterstützt. Regelungen, Vorschläge von PatV werden nicht komplett inhaltlich abgelehnt, sind bei KBV/DKG an anderer Stelle geregelt.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	Zustimmung	Selbsterklärend! Es ist inzwischen in jedem Sportverein ein Standard, sich des Themas zu widmen. Es ist Standard in der Jugendhilfe, es muss hier ebenfalls explizit benannt werden.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP eV)

Umbach 4, 55116 Mainz, mail@bkjpp.de

08.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	
§ 8 Absatz 1	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung	Die Notwendigkeit einer Überweisung schafft eine zusätzliche Hürde, die keinerlei Verbesserung beinhaltet. Der Absatz ist überdies entbehrlich, da ohnehin bereits eine Empfehlung ausreicht.
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Völlig ausreichende Formulierung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Zugang ohne Überweisung, s.o.
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	s.o.
§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Zugang ohne Überweisung, s.o.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	Aufnahme des „auch“ lässt auch andere Möglichkeiten explizit zu.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Keine Überweisung, s.o.
§ 8 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Keine Überweisung, s.o.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Die Punkte aus den Positionen von GKV-SV bzw. PatV sind bereits an anderen Orten genau geregelt. Eine erneute Regelung in der Richtlinie ist nicht erforderlich und könnte ggf. sogar zu Konflikten mit geltendem Recht führen.
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Einfache, klare Regelung. Verweis auf ohnehin geltendes Recht.
§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung	s.o.

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Der Verweis auf die gestufte Versorgung ist schwer verständlich. Gemeint ist wohl, dass Befunde und Maßnahmen, die bereits im Rahmen bisheriger Versorgungsangebote zu nutzen sind und auf dieser Grundlage die Voraussetzungen zur Teilnahme zu prüfen sind. Dies ist selbsterklärend, da die Teilnahme am Behandlungsangebot dieser Richtlinie zu Beginn der Behandlung, also mit dem vorhandenen Vorwissen in der Eingangssprechstunde gestellt werden muss. Eine Festlegung des Bezugstherapeuten ist

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			erforderlich, insgesamt wird der Sachverhalt in der Version von KBV/DKG sachgerecht und dabei wesentlich einfacher beschrieben.
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Die Erstellung des Behandlungsplans ist Aufgabe des Bezugsarztes oder Bezugstherapeuten. Damit ist implizit auch klar, dass diese Rolle festgelegt wurde. Es muss nicht erneut formuliert werden
§ 9 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Wichtig im Sinne dieser Richtlinie ist eine Verbesserung für Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen. Wie sind ausreichend Anzahl und kurzfristiges Zur Verfügung Stellen von Terminen zu definieren, wie zu prüfen? Was passiert, wenn die Termine freigehalten werden, aber nicht benötigt werden? Man sollte diese Organisation in den Händen der Leistungserbringer belassen. Zeiträume bis zum Beginn der Behandlung nach der Richtlinie sind an anderer Stelle bereits ausreichend beschrieben.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Redundant, da dem Vorschlag von KBV/DKG zugestimmt wird.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung	
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Klare Vorgabe der Ausschlüsse. Anzeige bei der Krankenkasse ist ein nicht erforderlicher bürokratischer Aufwand. Es lässt sich über die GOP im Rahmen der KV-Überprüfungsroutinen im Rahmen der Quartalsabrechnung sehr leicht prüfen, ob parallel behandelt wurde und entsprechende Behandlungsziffern können ggf. gestrichen werden.
§ 9 Absatz 3	PatV	Enthaltung	Im Wesentlichen inhaltsgleich mit KBV/DKG

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, zu beschreiben, wie Diagnostik oder Behandlungsplan fachlich zu machen sind (Prozessbeschreibung). Der Einbezug der nicht-ärztlichen koordinierenden Person muss an dieser Stelle logisch abgelehnt werden, da die Version von KBV/DKG unterstützt wird, die ein anderes Netzkonzept vorsieht.
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Version KBV/DKG beschreibt die Inhalte des Behandlungsplans (Ergebnisbeschreibung). Als Grundlage für die Behandlung von höherer Qualität als eine Prozessbeschreibung.
§ 10 Absatz 1	PatV	Enthaltung	Redundant.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt), 4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Prägnante Beschreibung des Sachverhaltes, lässt ggf. auch eine Überprüfung gut zu.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	Nummer 1-5	PatV	Ablehnung	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine		

Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**] [GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 4	PatV	Ablehnung	redundant

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1		GKV-SV	Ablehnung	Das Netzkonzept des GKV-SV wird abgelehnt. Die obligate nicht-ärztliche koordinierende Person stellt eine zusätzliche neue, oft nicht einmal erforderliche Schnittstelle dar. Koordination im Sinne dieser Richtlinie ist mehr als reine Terminkoordination o.ä. Inhaltliche Gesichtspunkte sind oft entscheidend und können nur vom approbierten und verantwortlichen Therapeuten im Kooperationskontakt entschieden werden. Dass dabei unterstützende Tätigkeiten durch nicht approbierte koordinierende Personen übernommen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				können, ist im Vorschlag der KBV gut abgebildet. Es darf angenommen werden, dass jeder Leistungserbringer ein Interesse daran hat, Leistungen, die inhaltlich und rechtlich delegierbar sind, auch zu delegieren. Die Version des GKV-SV möchte hier an der falschen Stelle entlasten.
§ 11 Absatz 1		KBV/DKG	Zustimmung	Die Koordinationsleistung für die hier zu regelnden Behandlungsfälle geht in der Regel über eine reine Terminvereinbarung o.ä. hinaus. Sie ist Teil der Absprachen zur Gesamtplanung. Eine nicht-ärztliche koordinierende Person kann unterstützen. Wenn sie obligat wird, behindert sie die Koordination. Siehe dazu auch oben.
§ 11 Absatz 1		PatV	Ablehnung	s.o.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen.		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen.		Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2-7		GKV-SV	Ablehnung	Netzkonzept von KBV/DKG wird unterstützt.
§ 11 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Netzkonzeption von KBV/DKG wird unterstützt

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Ablehnung	Unklare Bedingungen des Einsatzes telemedizinischer Anwendungen
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Klare Festlegung bestehender Möglichkeiten, Positionen der PatV entbehrlich, ohne den Sinn des Ganzen zu verändern

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Unklare Regelung mit unklarer Abgrenzung der Aufgaben der Beteiligten

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	Gemeinsame Pos. GKV-SV, KBV/DKG, PatV	Zustimmung zu Satz 1	
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Abweichendes Netzkonzept des GKV-SV. Unterstützt wird das Konzept von KBV/DKG
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Logisch konsistent zum Konzept von GKV/DKG. Geringstmöglicher bürokratischer Aufwand.
§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Abweichendes Netzkonzept. KBV/DKG sieht keine obligate nicht-ärztliche koordinierende Person vor.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes
§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung des starren Überprüfungszeitraums	Der starre Zeitraum von „halbjährlich“ entspricht nicht der Versorgungsrealität.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung	Unterschied zu KBV/DKG nur redaktioneller Natur

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV	Ablehnung	Eine Festlegung des Zeitraums bis zur Evaluation ist bei einer neu einzuführenden Richtlinie nicht sinnvoll.
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	Dem G-BA bleiben mit dieser Formulierung alle Möglichkeiten zur Evaluation der Richtlinie. Formulierung am besten sachdienlich.
§ 15	PatV	Ablehnung	s.o. bei GKV-SV

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (bkjpp eV)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Wir nehmen teil.**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

Von:
An: KJ-KSVPsych
Cc:
Betreff: Stellungnahme der PIBB zur KiJu-RL zur Ambulanten Komplexversorgung
Datum: Montag, 16. Oktober 2023 11:56:57
Anlagen: PIBB Anl8_Formular Abgabe Stellungnahme_Teil A_2023-09-05.docx

---

Sehr geehrte Frau ,
in der Anlage erhalten Sie die Stellungnahme der PIBB zur Kinder- und Jugendlichen-Richtlinie. Die PIBB betreibt ja seit Oktober 2022 einen Netzverbund zur Ambulanten Komplexversorgung nach der KSVPsych-Richtlinie für Erwachsene und konnte in diesem Bereich seit einem Jahr umfangreiche Erfahrungen sammeln, die in die Stellungnahme zur Komplexbehandlung der Kinder- und Jugendlichen Versorgung eingeflossen sind. Auf der anderen Seite sehen wir aber auch, dass im Kinder- und Jugendlichen Bereich eine andere Versorgungssituation und andere Rahmenbedingungen vorliegen, so dass Vieles nicht unmittelbar vergleichbar ist. Aus diesem Grund haben wir unsere Einschätzungen lediglich zum ersten Teil der Stellungnahme (Teil A) zu den Paragraphen 1-7 getroffen.

Besonders wichtig erscheint uns die Ausgestaltung des Übergangs von der Kinder- und Jugendlichen- zur Erwachsenenbehandlung. Hier bietet sich als Schnittstelle eine Kooperation mit den Netzverbünden nach der KSVPsych-Richtlinie an. Die Planung und der Austausch zwischen den beiden Bereichen sollte rechtzeitig erfolgen und gewährleisten, dass alle wesentlichen Informationen an die Folgebehandler weitergegeben werden und die/der junge Erwachsene auch an diesem Prozess aktiv beteiligt wird. Nur so lassen sich aus unserer Sicht Behandlungsabbrüche vermeiden und der Übergang möglichst sinnvoll gestalten.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)
16.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die vorhandenen Versorgungsstrukturen in der Erwachsenenversorgung nach der KSVPsych-RL sind bei der Transition der Patienten zu berücksichtigen. Sie stellen eine wichtige Schnittstelle dar, um die ambulante Versorgung nahtlos fortzuführen.	Die Netzverbünde nach der KSVPsych-RL (Erwachsene) sind von ihrem Versorgungsansatz ähnlich denen in der KiJu-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Sie bitten die Gewähr, dass die jungen Erwachsenen aus der Kinder- und Jugendlichen-Versorgung auch weiterhin vernetzt und abgestimmt zwischen den verschiedenen Beteiligten behandelt werden können.

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	10. Ein strukturierter Transitionsprozess mit definierten Behandlungsschritten ist erforderlich, um Verluste an Behandlung und Versorgung für die betroffenen jungen Patient*innen zu vermeiden.	Bisher ist der Transitionsprozess oft dem Zufall überlassen, geregelte und v.a. verbindliche Behandlungspfade sind nicht abgestimmt. Die RL bietet die Möglichkeit, an der Schnittstelle zwischen KiJu- und Erwachsenen Psychiatrischer/ Psychotherapeutischer Versorgung Verbindlichkeit bei den versorgenden Strukturen herzustellen.
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse		

des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 3 Absatz 2	*4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Transition soll frühzeitig mit den nachfolgenden Behandlern vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden. Dafür werden bis zu 5 Gespräche der Beteiligten (oder mehr bei Bedarf) erforderlich sein. Wichtige Informationen über Diagnostik, Verlauf, psychosoziale und medizinische Schwerpunkte der Behandlung können in die Gespräche einfließen und geteilt werden. Die Patient*innen und deren Bezugspersonen haben Gelegenheit, die Folge-Behandler kennenzulernen und zu entscheiden, ob eine hinreichende Passung vorliegt (Partizipation).	Ein frühzeitiges Einbinden aller an dem Transitionsprozess Beteiligten sichert die nahtlose Weiterführung der komplexen Behandlung der jungen Erwachsenen und beugt möglichen Behandlungsabbrüchen vor. Der partizipative Ansatz der RL wird so gewahrt und der Jugendliche Erwachsene hat die Möglichkeit, in mehreren Gesprächen die weiter Versorgenden zu erleben und über die Passung mit zu entscheiden.
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*Neu 4.*	KBV/DKG	Ergänzung: 4. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Soziotherapie mit einer Zulassung nach §37a SGB V.	Alle Leistungserbringer, die sich um Förderung von Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung junger Erwachsener kümmern, sollten einbezogen werden

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer* ***[KBV/DK***	*KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 3**]**	***G:** 10.]* ***[PatV:** 9.]*			

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im	

	Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden		

wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die		

Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit		

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen

Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	KBV/DKG	**Präferiert wird die Stellungnahme der KBV/DKG**: (2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört	In der KSVPsych-RL für Erwachsene hat sich bereits erwiesen, dass die Begrenzung der Bezugsarzt-/Bezugspsychotherapeutenrolle

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	auf Kolleg*innen mit einem vollem Kassensitz in der Praxis sehr ungünstig ist, da infolgedessen viele engagierte (junge) Kolleginnen und Kollegen von dieser Funktion ausgeschlossen werden. Ein ähnlicher Effekt sollte bei der KiJu-RL unbedingt vermieden werden. Die vorhandenen Ressourcen zur Behandlung und Versorgung sollten in vollem Umfang genutzt werden. Deshalb wird der Vorschlag der GKV-SB abgelehnt.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten

oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)		Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen		

Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		

3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG	Der Vorschlag der KBV/DKG wird in allen Einzelpunkten unterstützt.	Vorliegende Erfahrungen aus der KSVPsych-RL sprechen dafür.
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e.V.
16.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen

(z.B. GKV-SV)	Schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischem / psychotherapeutischem Bedarf fallen in der ambulanten Versorgung und an den Übergängen zwischen den Behandlungssektoren bisher zu sehr zwischen die Stühle. Die KSV-RL kann helfen, diese Lücken zu schließen, wenn sie den bereits vorhandenen Leistungserbringern sektorübergreifend zu einem kooperativ abgestimmten berufsgruppenübergreifenden und damit synergetischen Einbringen ihrer jeweiligen Expertise rund um den betroffenen jungen Menschen ermöglichen. Die Positionen der KBV/DKG decken sich am besten mit dem zu regelnden Bedarf für eine patientengerechte Versorgung von chronisch psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Um die Regelungen nicht zu starr und kompliziert zu machen und damit die Gefahr der „Nicht-Anwendung“ zu schaffen zuungunsten der Patientinnen und Patienten, ist es wichtig, dass keine der ohnehin z.T. raren Leistungserbringer ausgeschlossen werden durch Festschreibung von voller Zulassung oder durch Ausschluss der PIA und SPZ als primäre Leistungserbringer. Es gibt einige Regionen / Landkreise, in denen es nicht einmal einen niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt, so dass die PIA KJPP und einige wenige niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen die gesamte Versorgungslandschaft dort darstellen. Auch solche Konstellationen sollten berücksichtigt werden, um Betrroffenen in strukturschwachen Regionen eine Versorgung nach der Richtlinie zu ermöglichen. Ärztliche bzw. psychotherapeutische Bezugstherapeuten einer PIA können sich als Angestellte eines psychiatrischen Krankenhauses nicht ohne Genehmigung ihres Arbeitgebers als Leistungserbringer nach der RL einschreiben und werden auch nicht frei in der Entscheidung sein, ob ein Kind / Jugendlicher nach der PIA-Leistung oder nach der RL-Leistung behandelt wird. Es wird sich daher das psychiatrische Krankenhaus als Leistungserbringer in das Verbundnetz einschreiben müssen, damit der Bezugstherapeut in seiner Entscheidung über Behandlung nach der Richtlinie durch seinen Arbeitgeber gedeckt ist. Es entsteht ein struktureller Webfehler in der RL, wenn Institutsambulanzen/psychiatrische Krankenhäuser nicht als Leistungserbringer in der RL aufgenommen werden. Es entsteht dadurch das Risiko, dass ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen mit komplexen psychischen Problemlagen, nämlich diejenigen, die bereits jetzt in den PIA behandelt werden, nicht von den Vorteilen der Richtlinie profitieren werden. Die Koordination in der Behandlung schwer psychisch kranker Kinder / Jugendlicher ist immer komplex und benötigt für ein Gelingen psychiatrisch-psychotherapeutisches Fall- und Fachwissen und ein Ausloten sowie beständiges Nachsteuern der Behandlungsbausteine und der zusätzlichen Hilfen im Diskurs mit dem Kind und den Sorgeberechtigten. Die Koordination liegt alleine schon durch diese intensive Fallführung naturgemäß in der Hand des Bezugsarztes / Bezugspsychotherapeuten. Eine andere Person als primären Koordinator zu definieren, schafft Schnittstellen, die mehr Aufwand bedeuten und die Gefahr der Qualitätseinbuße im Koordinationsergebnis birgt. Davon ist aus unserer Sicht dringend abzuraten.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	Stationäre Behandlungszeiten werden durch intensivere und vernetztere Koordination an den Übergängen und durch verbindliche Krisenpläne verkürzt. Es ist zu begrüßen, dass mit dieser Regelung auch Einzelpraxen indiziert aufsuchend tätig werden dürfen.
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Zustimmung	Das entspricht dem Bedarf von chronisch psychisch schwer Erkrankten in der Versorgungsrealität. Wenn spezialisierte Angebote einzelner Versorger (z.B. DBT-A Gruppe in einer KJ-PIA) nicht ergänzend zeitgleich zu der Hauptbehandlung (z.B. tragende therapeutische Beziehung zu Behandler in der Einzelpraxis) angeboten werden dürfen, werden die RL-Ziele Verkürzung/Vermeidung von stationären Aufenthalten und Vermeidung von Behandlungsabbrüchen an Übergängen verfehlt.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	1.-8. Zustimmung	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Unter 3-Jährige können ebenso chronisch psychisch erkrankt sein (z.B. frühkindlicher Autismus, schwere Bindungsstörung bei vernachlässigenden oder durch psychisch erkrankte Eltern belasteten psychosozialen Umständen), in dieser Gruppe hat eine

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			koordinierte intensive Vernetzung eine besondere Bedeutung für den Verlauf und die weitere Chronifizierung der Erkrankung und Teilhabestörung. Dieser Bedarf wird weder durch die Frühen Hilfen alleine noch durch die SPZ ausreichend abgedeckt.
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Die Achse 6 MAS in den Stufen 4-8 ist ein hinreichend geeignetes Instrument zur Erfassung der schweren Teilhabebeeinträchtigung chronisch schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer		

großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Nummer 1-3: Ablehnung	Zu 1. Es ist immer eine F-Diagnose erforderlich für eine Leistung nach SGB V. Weiterhin sollten F0 und F7-Diagnosen nicht ausgeschlossen werden. Gerade F7x.1, Intelligenzminderung mit behandlungsbedürftiger Verhaltensstörung, stellt eine chronisch schwer und komplex erkrankte unterversorgte Gruppe dar. Diese sollten von den Leistungen der RL nicht ausgeschlossen werden – es sei auf die UN-Behindertenrechrtskonvention verwiesen. Zu 2.: verzichtbar, da die Zahl der zutreffenden Achse5-Kriterien nicht linear mit der Schwere / Chronifizierung einer psychischen Störung steigt, und die Kriterien je nach Kombination des Auftretens unterschiedlich starke Auswirkungen haben können.

Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				Zu 3.: siehe Begründung §2 Abs.2

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Ergotherapie ist nur bei einem Teil der Zielgruppe indiziert, und zwar dann, wenn primär eine zusätzliche MAS Achse 2 – Störung vorliegt. Ambulante psychiatrische Pflege gibt es nicht für Kinder und Jugendliche. Die Versorgungslandschaft weicht hier grundlegend von der erwachsenenpsychiatrischen ab. §4 Absatz 2 Nummer 1-3 als erforderliche Kriterien für einen komplexen Behandlungsbedarf zu nennen ist daher abzulehnen. Außerdem ist §4 Absatz 2 bereits als „bei Bedarf … hinzuzuziehen“ benannt, so dass diesen Absatz als Eingangsvoraussetzung zu fordern widersprüchlich ist.
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 2 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Eine Maßnahme der Krankenbehandlung plus eine weitere krankheitsbedingte psychosoziale Leistung setzt eine zu niedrige Schwelle für die Definition eines komplexen Behandlungsbedarfs im Sinne der Richtlinie.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(Nummer 1-4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
	(Nummer 5)	GKV-SV/ PatV	Ablehnung	Die Koordination im Allgemeinen und besonders bei der Transition ist ein komplexer Vorgang, der nicht einfach nur Kenntnis der verschiedenen Behandlungs- und Hilfesysteme erfordert, sondern eine detaillierte Fallkenntnis. Diese Fallkenntnis umfasst das spezifische Wissen über den jungen Menschen, seine psychische Störung, den Umgang damit und die Behandlungsbesonderheiten, als auch Fallwissen zum Familien- und Bezugspersonensystem. Die Koordination gehört somit in die Hand des ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungsführers.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung des zusätzlichen Satzes	Kinder 0-3 Jahre sollten nicht exkludiert werden, siehe Begründung zu §2 Absatz 1

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Zusätzlich zum patientenbezogenen Austausch ist der strukturierte Austausch im GPV, Gesundheitskonferenzen oder Suchthilfenetzen, um Transitionsprozesse in den Versorgungsregionen grundsätzlich

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			aufzubauen und zu pflegen. Dies bildet die Basis für eine gelingende Transition im Einzelfall.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(Nummer 1-4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1	*(Nummer 5-6)*	*PatV*	Zustimmung	Das psychiatrische Krankenhaus ist der Ort einer indizierten stationären Krisenversorgung und damit essentieller Netzwerkpartner für die Versorgung nach dieser Richtlinie. Die Institutionen PIA und SPZ als Leistungserbringer aufzuführen ist wichtig, da es bei einem (nicht selten vorkommenden) Behandlerwechsel in der PIA/SPZ zu einem Bruch der Kooperation im Verbund käme, wenn der neue Behandler zuerst eine Zulassung zum Verbund beantragen müsste. Dies würde eine behindernde Bürokratisierung darstellen mit der Gefahr, dass die Ärzte / Psychotherapeuten der PIAs nicht an dem Verbund teilnehmen und die betroffenen Patient*innen

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				nicht die möglichen Leistungen erhalten würden.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinweis: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben

	3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Wenn unter Absatz 1 die psychiatrischen Krankenhäuser bereits als Partner des Netzverbundes aufgeführt sind, ist die erneute Nennung nicht erforderlich. Wie zuvor unter §2 Absatz 3 aufgeführt sind ambulante Pflegedienste nicht für psychisch kranke Kinder und Jugendliche zugelassen, zudem spielen in der ambulanten Versorgung Pflegeleistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine untergeordnete Rolle. Der Passus ist der Erwachsenen-RL entnommen und für die Kinder-RL nicht dienlich.
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung	Siehe Vorzeile

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Pragmatische Regelung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung Es sollte folgender Text ergänzt werden: ….Psychotherapeutinnen sowie ein in Nummer 5 oder 6 genanntes kinder- und jugendpsychiatrisches Krankenhaus mit Institutsambulanz oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum zur Erfüllung der Aufgaben….	Zu einem Netzwerk sollten mindestens 3 Partner gehören.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden	

	und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Nummer 1 Ablehnung Nummer 2 Zustimmung Nummer 3 Ablehnung	Nummer 1: wie bereits vorgeschlagen sollen psychiatrische Krankenhäuser und Institutsambulanzen Partner des Netzverbundes sein (§4 Absatz 1) Nummer 2: sinnvolle Ergänzung bei Bedarf Nummer 3: bisher keine Zulassung der ambulanten psychiatrischen Pflege für Kinder und Jugendliche. Daher für die Versorgung nicht relevant, kann gestrichen werden.

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		

	[KBV/DKG: 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	
§ 4 Absatz 3		PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*	Alle Aufzählungen, bis auf die Nummer 4, sind im Bedarfsfall einzubeziehende Leistungserbringer anderer Hilfesysteme. Nummer 12 PatV ist als Bezeichnung der Nummer 13 GKV/DKG vorzuziehen Nummer 4 Ablehnung	Nummer 4: diese spielen nach unserer Kenntnis bisher keine Rolle in der Versorgung chronisch psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Es fehlt die Schulsozialarbeit in der Aufzählung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**] [PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*	s.o.	s.o.

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	Schafft Transparenz und kann damit auch Patientinnen und Patienten und den Sorgeberechtigen helfen, einen am Verbund

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			beteiligten Leistungsanbieter zu finden, und damit eine angemessene Versorgung bei chronisch psychischer Erkrankung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und	

	für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	Wichtige Ergänzung da patientenorientiert

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Die Koordination bei schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist komplex und erfordert eine solche fachliche Expertise sowie Tiefe an Fall- und Systemwissen, dass sie in die Hand des Bezugsarztes oder der Bezugsärztin bzw. des/der Bezugspsychotherapeut*in gehört.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den		

Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Siehe Absatz 5, und zudem ein hochbürokratischer Vorschlag, der eine Hürde zur Teilnahme am Verbund schafft.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der		

Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	Siehe Absatz 6

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Bereits unter §4 Absatz 7 DKG/KBV aufgeführt
§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Bereits unter §4 Absatz 7 DKG/KBV aufgeführt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	Regelung §4 Absatz 7 KBV/DKG ausreichend
§ 4 Absatz 6	PatV	Teilweise Zustimmung	Die Veröffentlichung in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals ist zu befürworten da patientenorientiert.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Beschreibt klar alle für die Versorgung nach der RL wichtigen Aufgaben in der Verantwortlichkeit des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bezugstherapeuten/in. Essentiell ist auch die Nennung der Verantwortlichkeit für die Koordination.
§ 5 Absatz 1	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Der Ausschluss von Bezugstherapeut*innen mit einem Teil-Versorgungsauftrag behindert die Umsetzung der Richtlinie massiv. Das entspricht weder den Arbeitsmodellen der jüngeren Generationen von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, noch sollte dies für ein Fachgebiet wie die KJPP gefordert werden, wo es in ländlichen Gebieten nur wenige Niedergelassene gibt. Somit entstünden vermehrt Verbünde in städtischen Regionen, in ländlichen würde die Verbundbildung behindert – und das zum Nachteil von chronisch psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in ländlichen Regionen. Wie bereits mehrfach ausgeführt, soll die Koordinationsleistung in der Hand der ärztlichen/psychotherapeutischen Bezugstherapeut*in liegen. Lediglich Terminkoordination oder administrative Aufgaben könnten an Dritte delegiert werden.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung	Wichtige Ergänzung, da Ärzt*innen oder Psychotherapet*innen in PIA bei komplex Erkrankten oft schon Hauptbehandler*innen sind.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**

	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung „patientenindividuell“ Ablehnung „Rolle“ Ablehnung des Satzes: Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde“	Die Eingangssprechstunde bzw. das Erstgespräch sind nicht immer deckungsgleich mit dem Zeitpunkt der Entscheidung, dem Patienten oder der Patientin aufgrund der Komplexität der Erkrankung Leistungen im Netzverbund anzubieten. Die Indikation entsteht aufgrund von Erkrankungsdynamik (z.B. wiederholte psychotische Episoden mit zunehmender Negativsymptomatik) oft erst im Verlauf der Behandlung.
§ 5 Absatz 2	PatV	Zustimmung „zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie“. Zustimmung „Aufgabe“ Ablehnung „fallbezogen“	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Zustimmung mit der Ergänzung von Leistungserbringern nach §4 Abs 1 Nummer 3	In diesen Fällen ist eine Personalunion von somatischem und psychiatrisch-psychotherapeutischem Hauptbehandler für eine gute Versorgung unabdingbar.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Muss nicht geregelt werden, wenn diese Institutionen bereits als teilnahmeberechtigte Leistungserbringer gelistet sind.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Muss nicht gesondert geregelt werden, wenn die Höhe des Versorgungsauftrags in der RL erst gar nicht benannt wird.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG	Zustimmung	
	PatV	Zustimmung	Der Zusatz ist wichtig, weist er doch darauf hin, dass bei einer qualitativ hochwertigen therapeutischen Beziehung zwischen Wünschen und Entscheidungen im therapeutischen Prozess gerungen wird.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		

3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(Nummer 1-2)*	GKV-SV	Ablehnung Nummer 1 Ablehnung Nummer 2 (Begründung s. KBV/DKG)	Wie bereits beschrieben wird eine zusätzliche koordinierende Person abgelehnt
	(Nummer 1-5)	KBV/DKG	Zustimmung Nummern 1-5	Nummer 2: Anbahnung entspricht der Versorgungsrealität. Nur im Notfall bei akuter Fremd- oder Eigengefährdung steht Kindern und Jugendlichen in Deutschland sofort ein Krankenhausbett zur Verfügung, ansonsten gibt es mit Dringlichkeitsabwägung eine Wartezeit auf ein stationäres Angebot – und das trotz kurzer durchschnittlicher Verweildauern
	(Nummer 1-4)	PatV	Ablehnung Nummer 2 und 4 Zustimmung Nummer 1 und 3	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Wie bereits mehrfach ausgeführt

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Die Koordination muss beim Bezugstherapeuten liegen, Begründung siehe oben mehrfach
§ 6		KBV/DKG/ PatV	Teilweise Zustimmung.	Die zusätzliche Koordinationsperson für umschriebene Themen / administrative Aufgaben wird Teil eines Behandlungsteams in Praxen oder Institutionen sein. Daher können Nummer 1 und 2 entfallen und es sollte die Auflistung noch um die Berufsgruppen Erzieher*in, Sport- und Bewegungstherapeut*in und künstlerische Therapeut*innen ergänzt werden.

§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Ablehnung	Nur einzelne Aufgaben werden an eine zusätzliche Person delegiert, die Koordination liegt hauptsächlich in der Hand der ärztlichen oder psychotherapeutischen Bezugstherapeut*in. Die Festschreibung einer zusätzlichen Qualifikation der koordinierenden Person mit reduziertem Aufgabenbereich ist daher nicht erforderlich

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Siehe oben
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Klar und deutlich – damit ist alles Wichtige genannt.
§ 7 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Ein adhoc Team ist nicht alltagspraktisch und nicht notwendig, wenn sich alle Leistungserbringer an die sonstigen Vorgaben der Richtlinie halten.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu

von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten.	oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten	stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das	in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies	

Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser	erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch	

Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen	Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Ablehnung der Nummern 1-5	Zu bürokratisch und überreguliert, bildet die Aufgaben in der klinischen Praxis nicht gut ab.
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1-10)*	KBV/DKG	Zustimmung bei Nummer 1-10	Detaillierte Ausführung der relevanten Inhalte, auch die Vorschläge der Fristen sind zu befürworten
§ 7 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Dem/der Bezugstherapeut*in als mögliche Koordinatorin zu benennen ist sinnvoll, jedoch an dieser Stelle nicht erforderlich, da er/sie bereits als primärer Koordinator in der BAG KJPP Stellungnahme benannt ist. Ansonsten sind die Leistungsinhalte nicht addressiert.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung Nummern 1-6	Bereits in Absatz 2 KBV/DKG beinhaltet

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere	

	schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	Zustimmung	Wichtig zur Sicherung des Kinderschutzes

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e.V.
16.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Muss nicht geregelt werden, sollte selbstverständlich sein
§ 8 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Muss nicht geregelt werden, sollte selbstverständlich sein

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind,	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.		benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung	
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Empfehlung ist ausreichend

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	Empfehlung reicht aus
§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung mit „auch“	In diesem Fall genügt die alleinige Empfehlung nicht. Es bedarf eines Übergabegesprächs oder Runden Tisch – Gesprächs (d.h. unter Beteiligung von Patient und Sorgeberechtige) zwischen der stationären Einrichtung und einem der Leistungserbringer nach §4 Absatz 1. Diese Leistung muss parallel vom stationären und vom ambulanten Leistungserbringer geltend gemacht werden

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			können, denn beide haben gleichermaßen einen Aufwand.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des

			Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.
Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Keine Überweisung
§ 8 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Keine Überweisung

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten. Auf Basis des Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 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.		sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Formulierung beinhaltet über die hinterlegten gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen bereits, was GKV-SV und PatV ausformulieren.
§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung	

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung; Leistungserbringer jedoch ergänzt um §4 Absatz 1 Nummer 5 und 6 (PatV).	
§ 9 Absatz 1	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Beschreibt regelhaftes Vorgehen und wird in §10 bereits erläutert.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung	
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Es muss jedoch beachtet werden, dass ein Leistungserbringer, der in einer PIA angestellt ist, an dem Verbundnetz nicht teilnehmen wird, wenn die Leistungsvergütung nach KSV-RL unterhalb der PIA-Vergütung liegt. Dann wird das psychiatrische Krankenhaus, an dem der Leistungserbringer angestellt ist, seinem Mitarbeitenden die Einschreibung in das Verbundnetz nicht genehmigen. Somit wären wesentliche Ziele der RL gefährdet.
§ 9 Absatz 3	PatV	Ablehnung	

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung Ergänzung: …in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten *und den sorgeberechtigen Personen* ein patientenindividueller…	
§ 10 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Ad hoc Team ist bei Kindern/Jugendlichen nicht erforderlich und nicht zielführend (zugleich haben die Betroffenen über SGB VIII auch einen Verfahrenslotsen der Jugendhilfe, das ist überbordend, wenn es zu viele Ansprechpartner und Zuständige gibt)

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 2		PatV	Ablehnung	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Kontinuierliche Anpassung des Behandlungsplans ist wichtig für die stete Anpassung der Hilfe und den Behandlungserfolg
§ 10 Absatz 4	PatV	Ablehnung	Beide Ergänzungen sind entbehrlich, da bereits durch den Wortlaut oder an anderer Stelle genannt.

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV		Ablehnung	
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG		Zustimmung	Bereits mehrfach in der Stellungnahme ausgeführt
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	s.o.
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV	Ablehnung	s.o.
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV	Ablehnung	s.o.
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV	Ablehnung	s.o.
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV	Ablehnung	s.o.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Ablehnung	
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung des KBV / DKG Vorschlags Ablehnung Vorschlag PatV	Vorschlag PatV ist redundant.

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Die Formulierung ist unklar. Ausgehend davon, dass gemeint ist, PIA-Behandlung soll am Sektorenübergang gleichzeitig zur Krankenhausbehandlung möglich sein, so müsste das auch für die anderen Leistungserbringer nach §4 Absatz 2 möglich sein. (siehe auch Kommentierung zu §8 Absatz 4 (KBV/DKG).

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Zeitnah ist nicht konkret genug

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß §	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Die verpflichtende 7-Tage-Frist ist überzogen. Die Information über alternative Versorgungsmöglichkeiten ist nicht erforderlich zusätzlich zu formulieren, da

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Aufklärung über Alternativversorgung die gängige Praxis ist.
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Alltagspraktische Lösung, die Vermittlung zum Bezugstherapeuten verbindlich vorzunehmen, wenn dies dem Patient*innenwillen entspricht. Frist von 10 Werktagen für den Regelfall ist mit Blick auf die Schwere/Komplexität der psychischen Erkrankung angemessen.
§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Zeitvorgabe ist starr entgegen des Versorgungsalltags und erhöht daher nur den bürokratischen Aufwand
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung	

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	Formulierung ist zweckdienlich und ausreichend
§ 15	PatV	Ablehnung	

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V.
10.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit psychosozialem Dienst und/oder psychosomatischen Abteilungen und Kinderärzte (ohne 2 Jahre Psychiatrie) werden nicht berücksichtigt. Kinderärzt*innen sind in der Regel die erste Anlaufstelle für kranke Kinder und in der Regel auch die Case-Manager. Kinderärzt*innen mit Erfahrungen in der Diagnostik und der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen müssen mit einbezogen werden, nicht nur solche mit zweijähriger psychiatrischer Weiterbildung. Sonst geht der Richtlinien-Entwurf an der Versorgungsrealität vorbei und würde die Versorgung die Versorgung dieser Patientengruppe schlagartig verschlechtern.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Wir präferieren den Vorschlag der PatV	Dire Behandlung muss sich am Bedarf der Patienten orientieren. Behandlung in häuslicher Umgebung und stationäre Behandlung sind dabei grundsätzlich gleichwertig.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Halten wir nicht für nötig	Parallelbehandlungen sind nicht zielführend

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Eine Einschränkung der Altersspanne ist aus Behandlersicht nicht einsichtig.	Auch Säuglinge und Kleinkinder beispielsweise mit schweren Regulationsstörungen bedürfen einer gleichwertigen Behandlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Siehe oben	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Mindestens 2 assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände der Achse 5 des MAS müssen vorliegen.	Der Leidensdruck des Patienten und der Einfluss der Umgebung müssen Berücksichtigung finden. Die assoziierten psychosozialen Umstände, die in Achse 5 des MAS aufgeführt sind, geben oft mehr

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Aufschluss über die Schwere der Störung und den Leidensdruck der Patienten.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und		

3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Entsprechend unserer obigen Einlassung stimmen wir diesem Vorschlag zu.	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Wir bevorzugen diese Ausführungen	Beschreibt am deutlichsten den Zuständigkeitskreis und die Notwendigkeiten
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Wir schließen uns der Gesamtregelung an	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Stimmen wir zu	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	*Zustimmung*	
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV	*Zustimmung*	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Kann verzichtet werden	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Der Zusatz scheint uns wertvoll	

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*3*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	In der Versorgungsrealität sind die FÄ für Kinder- und Jugendmedizin zentrale Ansprechpartner und sollten grundsätzlich genannt werden: „ … Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrungen in der Diagnostik und in der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen…“	Die Qualifikation wird nicht ausschließlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erworben, sondern auch in Kinderkliniken mit psychosomatischen Abteilungen / Stationen und einem psychosozialen Dienst. Es gibt in Deutschland über 80 pädiatrische Kliniken mit psychosomatischen Abteilungen /Stationen (Stand 2019)!
§ 4 Absatz 1	5+6	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	Diese beiden Einrichtungen gehören unbedingt dazu. Bei den nach §8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern soll ergänzt werden „ und mit einer psychosomatischen Einrichtung und psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche.“	Die Qualifikation in diesen Institutionen muss als gleichwertig gesetzt werden.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden:	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der

1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*Nummer 1*	GKV-SV	**Wird abgelehnt**	**siehe unten**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	**Wird abgelehnt**	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Stimmen wir zu	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*Nummer 1*	KBV/DKG	Wir stimmen dem gesamten Absatz 4 zu mit folgender Ergänzung bei Nummer 1: Bei den nach §8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern muss ergänzt werden „und mit einer psychosomatischen Einrichtung und psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche.“	Siehe oben

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2">[GKV-SV: (3)] [KBV/DKG: (5)] Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:</td><td>(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung],
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 11] [PatV: 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
</table>

	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	Nummer 1	GKV-SV/ KBV/DKG	„… und Psychosoziale Konsil- und Liaisondienste (in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin) …“ Im Übrigen schließen wir uns der Fassung von § 4 KBV/DKG an	Diese Dienste leisten in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin einen wichtigen Beitrag in der psychosozialen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
[PatV: Absatz 3**]**				
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**]** **[KBV/DKG:** (6)**]** **[PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/	Zustimmung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[KBV/DKG: Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Keine Zustimmung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Konzentriert sich auf das Wesentliche und ist am klarsten
§ 5 Absatz 1	PatV	Keine Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Stimmen wir zu, mit den zu §4 gemachten Ergänzungen „ … Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrungen in der Diagnostik und in der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen…“	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 5 Absatz 2	PatV	Keine Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Wird abgelehnt	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Wird abgelehnt	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV	Zustimmung	da Behandlungskontinuität für Kinder/Jugendliche eine sehr große Rolle spielt

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV: (4)] [KBV/DKG/PatV: (5)] Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für</td></tr>
<tr><td>1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</td><td colspan="2">1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. die unverzügliche [GKV-SV, PatV: Einleitung] [KBV/DKG: Anbahnung] einer ambulanten oder stationären Behandlung,</td></tr>
<tr><td colspan="3">3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td>4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,</td><td>4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.</td></tr>
<tr><td></td><td>5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.</td><td></td></tr>
</table>

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG	Zustimmung	
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**]** **[KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV	**Wir stimmen dieser Variante zu, mit dem Zusatz: Die koordinierende Person muss dem Kind/Jugendlichen/Sorgeberechtigten vertraut sein.**	**Die Beziehungsqualität ist in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen essentiell.**
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Kurze und klare Formulierung
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG	Wir stimmen dieser Variante zu mit folgender Ergänzung: die Eltern / Sorgeberechtigten müssen unbedingt mit einbezogen werden.	Wir behandeln Kinder und Jugendliche, die je nach Entwicklungsstand ab 14 Jahren juristisch einwilligungsfähig sind. Unabhängig davon müssen immer auch die Eltern mit einbezogen werden. Daher muss der Fokus „Patientenwille“, der sich durch das ganze Papier zieht, angepasst werden.
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	**Zustimmung**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V.
10.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	**Wird abgelehnt**	
§ 8 Absatz 1	PatV	wird abgelehnt	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	eine Empfehlung ist eine niedrigere Hürde
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Wird abgelehnt	
§ 8 Absatz 5	PatV	Wird abgelehnt	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung mit dem Hinweis, dass auch hier immer nur von „Patienten“ gesprochen wird; die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten und des familiären Kontextes in dem Kinder leben muss ergänzt werden	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung mit der Ergänzung „unter Einbezug der Sorgeberechtigten und anderer relevanter Personen aus dem sozialen Umfeld…“	Erneut: es geht um Kinder und Jugendliche, die in der Regel in Familien eingebunden sind. Deren Einbezug ist für den Behandlungserfolg oft essentiell.
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung; Eltern / Sorgeberechtigte sollten konkret benannt sein	Siehe oben
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG		Zustimmung	Siehe oben
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie [**KBV/DKG:** und**]** **[PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Zustimmung	Völlig ausreichende Formulierung, die das Wesentliche erfasst
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung mit der Ergänzung: Bei den nach §8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern muss ergänzt werden **„und mit einer psychosomatischen Einrichtung und psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche.“**	Die Behandlung von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen findet auch in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin mit psychosomatischen Abteilungen / Stationen und einem psychosozialen Dienst. Es gibt in Deutschland über 80 pädiatrische Kliniken mit psychosomatischen Abteilungen /Stationen (Stand 2019)! Gerade bei Patienten mit ausgeprägter somatischer Komorbidität (beispielsweise Patientinnen mit Anorexia nervosa oder chronischen somatischen Erkrankungen) spielt die Pädiatrie eine wichtige Rolle in der Versorgung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Anlehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV	Zustimmung, da umfassender	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, da ausreichende Formulierung	
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung mit der Ergänzung „… der Sorgeberechtigten…“	Siehe oben: Kinder und Jugendliche sind nicht voll geschäftsfähig. Es bedarf daher der Zustimmung der Sorgeberechtigten.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Notwendige Ergänzung: der Einbezug der Sorgeberechtigten / Eltern	Es handelt sich um Kinder und Jugendliche …

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	Eine Evaluation nach 5 Jahren ist zu spät, wenn sich zu einem früheren Zeitpunkt herausstellt, dass eine Überarbeitung in wesentlichen Punkten notwendig ist.
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.
16.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	
Alle	**Der BDP begrüßt das Vorlegen einer Richtlinie, die der Komplexität von Behandlungssettings einen Rahmen verleiht. Er gibt zu bedenken, dass deren Natur in der Verantwortung für Minderjährige immer komplex ist.**

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*Nr. 1-4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Keine Fokussierung und Reduzierung auf die „schwer psychisch erkrankten …“	Die Versorgung sollte bei Umsetzung auch für „weniger schwer psychisch erkrankte …“ unterstützt werden.
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Befürwortung	Keine Fokussierung auf den Schweregrad.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*Nr. 1-9*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	Im Einzelfall, beispielsweise bei sexuellem Missbrauch, kann eine Versorgung vor dem Alter von drei Jahren nötig sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	Vermutlich größerer Einschluss durch geringere Konkretisierung der „notwendigen Einschränkungen“.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV	Zustimmung.	Vermutlich größerer Einschluss und dadurch breiteres komplexes Versorgungsangebot qua Richtlinie möglich.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Streichung.	Mit Verweis auf Richtlinie zur Komplexbehandlung erwachsener Menschen, sollte eher auf die „bessere“ als die „altersentsprechende“ Versorgung zurückgegriffen werden. Transitionsprozesse sind wie Entwicklungsprozesse individuell und nicht an einem bestimmten Datum festzumachen (s. §3, Abs. 4).

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*Nummer 5*	GKV-SV	*Zustimmung.*	Die Koordination soll durch eine nicht direkt therapeutisch involvierte Person erfolgen.
	Nr. 1-4	GKV-SV/ KBV / DKG / PatV	*Zustimmung.*	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Streichung.	Redundanz.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung.	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Streichung.	Inhaltlich inhärent.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nummer 5 und 6*	PatV	Zustimmung.	Erweiterung des Leistungsangebots mit entsprechender umfassender entwicklungspsychopathologischer Expertise.
§ 4 Absatz 1	*Nr. 1-4*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	Zustimmung.	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer

		psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Durch die exklusive Positivnennung einzelner Berufsgruppen (z.B. Ergotherapie) werden Leistungserbringer mit anderer Fachexpertise, welche im Behandlungsbedarf notwendig sein können, ausgeschlossen. Bei Missbrauchsverdacht kann die Einbeziehung rechtspsychologischer Expertise von Nöten sein, um diesen frühzeitig abzuklären und weitere Behandlung planen zu können. Änderungsvorschlag: „Ergänzend können zusätzliche Leistungserbringer, wie Rechtspsychologen (zur Abklärung von Missbrauchsverdacht oder Beantwortung familienrechtlicher Fragestellungen), einbezogen werden.“	Bei der Versorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit komplexem Behandlungsbedarf, bei welchen ein Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder Ähnliches besteht und welche u.a. in Kinderschutz- und Trauma-Ambulanzen untergebracht sind, sollte eine Zusammenarbeit mit Rechtspsycholog:innen sichergestellt werden, damit ein möglicher Verdacht auf (sexuelle) Übergriffe frühzeitig abgeklärt werden kann. Analog hierzu wird beispielsweise in Kindschaftsverfahren, in welchen Verdacht auf (sexuelle) Übergriffe besteht, die Einbeziehung rechtspsychologischer Sachverständiger zur Einholung von Vor- oder Ergänzungsgutachten möglich, bzw. notwendig, wie zuletzt auf dem 24. Deutschen Familiengerichtstag angeführt. Daher ist eine inklusivere Einbeziehung weiterer Fachexpertise, mindesten jedoch rechtspsychologischer Fachexpertise, notwendig.

§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	*Änderungsvorschlag: „Ergänzend können zusätzliche Leistungserbringende, wie Rechtspsycholog:innen (zur Abklärung von Missbrauchsverdacht oder Beantwortung familienrechtlicher Fragestellungen), einbezogen werden.“*.	Durch die angeführte Nennung zusätzlicher Leistungserbringender ist in diesem Entwurf Raum für die Einholung weiterer Fachexpertise (z.B. rechtspsychologische Expertise von Fachpsycholog:innen bei Abklärung von mutmaßlichen Missbrauchsgeschehen) bereits gegeben. Zur Präzisierung möglichen Bedarfs zusätzlicher Fachexpertise würden wir folgenden Änderungsvorschlag machen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2">[GKV-SV: (3)] [KBV/DKG: (5)] Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:</td><td>(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung],
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,</td></tr>
</table>

	[KBV/DKG: 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV	Zustimmung.	Umfassender Einbezug der relevanten Gruppen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	***[KBV/DKG: 13.] [PatV:** 12, 13.]*	*KBV/DKG /PatV*	Ergänzung: Schulen und schulpsychologische Dienste.	Im Schulkontext sind Schulpsycholog:innen mit den Aufgaben betraut und koordinieren Leistungen. Da nicht an jeder Schule ein schulpsychologischer Dienst ist, im Gegenteil, reicht der Terminus Schule für den Einbezug der fachlichen Strukturen nicht aus. Streng interpretiert wären im Terminus Schule schulpsychologische Dienste sogar ausgenommen, da sie nicht institutioneller Bestandteil der jeweiligen Schule sind.

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Streichung.	Regional verfügbare Leistungserbringer, die bereits involviert sind, sollen versorgen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Streichung.	Der bereits behandelnde Leistungserbringer soll in den Behandlungsplan einbezogen werden, soweit er regional verfügbar ist.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Streichung.	Zu viel Bürokratie.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Streichung.	Zu viel Bürokratie.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3		

vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Streichung.	Zu viel Bürokratie, zu wenig Verantwortung.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende

		Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Streichung.	Zu viel Bürokratie.
§ 4 Absatz 5	PatV	Streichung.	Zu viel Bürokratie.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der

		Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Streichung.	Regional verfügbare Leistungserbringer sollen versorgen.
§ 4 Absatz 6	PatV	Streichung.	Regional verfügbare Leistungserbringer sollen versorgen.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Ablehnung.	Die Koordination soll durch eine therapeutisch nicht involvierte Person erfolgen.
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4*

gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung.	Bei vollem Versorgungsauftrag reduziert sich das Angebot stark. Insbesondere die hochspezialisierte Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen nimmt überwiegend mit reduziertem Versorgungauftrag teil, so dass bei einer Vorgabe „vollen Versorgungsauftrag“ nicht nur eine fachliche Lücke entstehen würde, sondern auch der größte Teil der Kapazitäten der Leistungserbringenden aus formalen Gründen nicht genutzt würde, sondern ausgeschlossen wäre.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Streichung.	Redundanz.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung.	Sinnvolle Ergänzung bei i.d.R. Anstellungsverhältnissen der behandelnden Therapeut:innen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV	Zustimmung.	Bisherige Fortschreibelogik.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,		

2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder		

Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung.	Bisherige Fortschreibelogik.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV	Zustimmung.	Umfassendste Beschreibung.

GKV-SV	KBV / DKG
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für	
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,

in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,		
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV	Zustimmung.	Umfassendste Beschreibung.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, 3. Medizinische Fachangestellte, 4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig, 5. Pflegefachpersonen, 6. Psychologinnen und Psychologen, 7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen, 8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger. Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*Nr. 1-8*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	**Zustimmung.**	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung.	Entspricht der Richtlinienlogik am ehesten.
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden,	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der

oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung	strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder	Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen	dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld,	

Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals	7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder	

spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung.	Entspricht der Richtlinienlogik und umschreibt umfassend die zu bewältigenden Aufgaben im Zuge der Kooperation.
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	Zustimmung.	S.u..
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	**Grundsätzliche Zustimmung als Ergänzung, i.S.e. „Erstellung von Schutzkonzepten“, jedoch eher mit dem inhaltlichen Bezug auf die „Schutzbedürftigkeit“ aller Kinder und Jugendlichen, i.S.e. „Prävention schwerer psychischer Erkrankungen“.** **Die Risiko- und Gefährdungsanalyse soll zur Prävention und Verbesserung des Schutzes durch weitere Leistungserbringende, bspw. Fachpsycholog:innen für Rechtspsychologie, ergänzt werden.**	**„Schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche“ sind nicht per se schutzbedürftiger, sondern i.d.R. bereits von Schädigungen betroffen. Der präventive „Schutzkonzept-Ansatz“ ist ausgesprochen begrüßenswert, betrifft aber gerade diejenigen, die noch nicht betroffen sind.** **Vgl. Änderungsvorschlag zu §4 Absatz 2.**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.
16.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung.	Entbürokratisierung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung, i.S.e. Ergänzung; ggf. Streichung.	Ggf. inhärent.
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung, i.S.e. Ergänzung; ggf. Streichung.	Ggf. inhärent.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Streichung.	Inhärent sowie aufgrund von §7 redundant.
§ 8 Absatz 5	PatV	Streichung.	Inhärent sowie aufgrund von §7 redundant.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV	Zustimmung.	Am weitesten gehende Formulierung der informierten Einwilligung sowie des Vorgehens bzgl. Einsichtsfähigkeit bzw. Einwilligungsunfähigkeit der Patientinnen und Patienten.

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft. Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung, trotz anzunehmender bürokratischer Hürden.	Beschreibt das Vorgehen dennoch am besten.
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Streichung.	Inhärent.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung.	Erforderlichkeit und Unmittelbarkeit.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin		

oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung.	Berücksichtigung der Schnittstellen als Soll-Kriterium.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Streichung und ggf. Überarbeitung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.	Eine „parallele“ Behandlung widerspricht der Richtlinienlogik, die eine komplexe Kooperation von Leistungserbringenden einfordert.
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Streichung und ggf. Überarbeitung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.	Eine „parallele“ Behandlung widerspricht der Richtlinienlogik, die eine komplexe Kooperation von Leistungserbringenden einfordert.
§ 9 Absatz 3	PatV	Streichung und ggf. Überarbeitung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.	Eine „parallele“ Behandlung widerspricht der Richtlinienlogik, die eine komplexe Kooperation von Leistungserbringenden einfordert.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Zustimmung.	Klarste und eindeutigste Formulierung der Zuständigkeiten.
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt), 4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung.	Entbürokratisierung.
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV	Zustimmung.	Richtlinienlogik.

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.		2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1		GKV-SV	Zustimmung.	Bisherige Richtlinienlogik.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung		oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2-7		GKV-SV	Zustimmung.	Bisherige Richtlinienlogik sowie klare Zuordnung der Verantwortung.
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Zustimmung; ggf. Anpassung der Regelungen zur Leistungserbringung gemäß SGB V.	Hinreichend knappe Beschreibung der Option, i.S.e. Kann-Regelung.
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Zustimmung.	Sicherstellung der Versorgung, i.S.e. Gewährleistung durch „parallele“ Versorgungsstrukturen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Zustimmung.	Hinreichende Formulierung entsprechend der bisherigen Richtlinienlogik.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung.	Hinreichende Formulierung entsprechend der bisherigen Richtlinienlogik.
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung.	

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Zustimmung.	Konkrete Benennung eines Zeitrahmens, wobei dieser als willkürlich angenommen wird.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf

Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.		Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 15	GKV-SV		
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung; ggf. Mitaufnahme eines konkreten Zeitrahmens, bspw.: „nach drei Jahren“.	Hinreichende Formulierung entsprechend der Richtlinienlogik, jedoch unklare Empfehlung bzgl. des Zeitraums.
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	„Wir nehmen teil.“
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

Anschrift: Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen e. V.
Vorstand
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Ansprechperson: Burkhard Apitz
Telefon: +49 30 209166-612
Telefax: +49 30 209166-77612
E-Mail: sekretariat@bdp-verband.de

Datum: 16. Oktober 2023

BDP e. V. • Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss

per E-Mail an:
KJ-KSVPsych@g-ba.de

Gelegenheit zur Stellungnahme
hier: Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (Erstfassung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken dem Gemeinsamen Bundesausschuss für die Eröffnung der Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme, die nicht ungenutzt bleiben soll. Stellvertretend für eine innerverbandliche Arbeitsgruppe aus approbierten pPsychologischen Psychotherapeut:innen, Fachpsycholog:innen der Rechtspsychologie und dem Referat Fachpolitik des BDP übermitteln sie diese, verbunden mit ergänzenden Anmerkungen und Ideen aus dem Diskussionsprozess:

Unserer Ansicht nach verfolgt die Richtlinie das Ziel einer Verbesserung sehr wichtiger Aufgabenstellungen in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft. Wir haben uns intensiv mit den Beschlussentwürfen und den insbesondere dissenten Positionen der Bänke und der PatV dazu auseinandergesetzt. Die Zielrichtung der vorgeschlagenen Richtlinie begrüßen wir sehr.

Wir möchten allerdings gleich eingangs darauf aufmerksam machen, dass erfahrungsgemäß die Behandlung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher per se komplex ist. Auch darf die entworfene Richtlinie nicht nur für sogenannte „schwer psychisch Kranke" zur Anwendung kommen. Unabhängig vom Schweregrad einer vorliegenden Störung soll sie allen Bedürftigen zugutekommen. Ein Mindestalter schränkt unserer Ansicht nach ebenfalls den Versorgungsansatz ein. Und im Zuge der Transition ins Erwachsenenalter soll das jeweils „bessere", i.S.v. verfügbar und passend, Angebot zum Tragen kommen. Das Vorliegen einer Einsichtsfähigkeit zum reflektierten Überschauen potenzieller Auswirkungen einer Behandlung unterliegt wiederum keinem zu bestimmenden Alter.

Das Anliegen der Richtlinie, die fallbezogene Kooperation der beteiligten Berufsgruppen zu verbessern und den jeweiligen Behandlungsprozess über Sektoren- und institutionelle Grenzen hinweg zu integrieren, wird vom BDP in hohem Maße begrüßt. Dass dabei auch Regelungen der Sozialgesetzbücher, bspw. SGB-V, SGB-VIII, SGB-IX oder SGB-XIV, inklusiv gedacht werden, versteht sich von selbst. U.U. müssten, perspektivisch betrachtet, bestehende Vereinbarungen, bspw. zur sozialpsychiatrischen Behandlung, überarbeitet werden.

Eine Stärkung der Übergänge zwischen Institutionen zugunsten ambulanter Dienstleistungen sehen wir hierzu als ein Schlüsselelement an. In dieser Hinsicht ist die Richtlinie zwar bereits hochkomplex, sie fokussiert unserer Ansicht nach allerdings stärker auf institutionelle Lösungen, bspw. „Schule" oder „Psychiatrie", als darauf, ergänzend vorhandene ambulante Fachexpertise, bspw. schulpsychologische Beratung oder rechtspsychologische Begutachtung, zu berücksichtigen. Vorhandene Kooperationen, zumeist initiiert durch die behandelnden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, sollen durch eine verbesserte Finanzierung aufgegriffen und weiterentwickelt werden. Die mit dem Entwurf der Richtlinie vermittelte Kritik an möglichen „parallelen Prozessen" würde dem Gedanken einer komplexen Versorgung widersprechen.

Unsere Bedenken richten sich eher an eine ausreichende Ausfinanzierung der geforderten Richtlinienelemente. Im Hinblick auf die Attraktivität zur Mitwirkung ambulanter Leistungs-erbringender mit entwicklungspsychopathologischer Expertise könnten möglicherweise sehr eng kalkulierte Vergütungsregelungen zum unüberwindbaren Hindernis werden.

Wir wünschen dem Vorhaben in jedem Fall viel Erfolg und stehen sehr gern für eine mündliche Anhörung, zwecks Klärung offener Fragen sowie Einbringung neuer Erkenntnisse zur Verfügung.

Mit kollegialen Grüßen

Ralph Schliewenz
Dipl.-Psychologe
Vizepräsident

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)

… vertritt die beruflichen Interessen der niedergelassenen, selbstständigen und angestellten/beamteten Psychologen und Psychologinnen aus allen Tätigkeitsbereichen.
Als der anerkannte Berufs- und Fachverband der Psychologinnen und Psychologen ist der BDP Ansprechpartner und Informant für Politik, Medien und Öffentlichkeit in allen Fragen der beruflichen Anwendung von Psychologie und Psychotherapie. Der BDP wurde am 5. Juni 1946 in Hamburg von 21 Berufsangehörigen gegründet. Heute gehören dem Verband rund 10.000 Mitglieder in Landesgruppen und Sektionen an. Der BDP hat seinen Sitz im „Haus der Psychologie" in Berlin-Mitte am Köllnischen Park.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Spitzenverband ZNS

Wulffstr. 8, 12165 Berlin, bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

13.10.23

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	Der Spitzenverband ZNS begrüßt sehr, dass nach der Erstellung der KSV-PsychRL für Erwachsene jetzt im zweiten Schritt die KJ-KSV-PsychRL für Kinder und Jugendliche erarbeitet wurde und verabschiedet werden soll. Wir unterstützen dabei ausdrücklich auch das gewählte Vorgehen, eine gesonderte Richtlinie für diese Altersgruppe zu erarbeiten. Wir wissen aus dem Versorgungsalltag allzu gut, dass Kinder und Jugendliche keine kleinen Erwachsenen sind und deshalb Regelungen nicht sinnvoll gleichermaßen für die gesamte Lebensspanne sinnvoll sein können. Dies gilt sicher auch innerhalb des Erwachsenenbereichs, vielmehr noch für Kindheit und Jugendzeit. Nicht ohne Grund sehen auch die Musterweiterbildungsordnungen sowohl im ärztlichen wie auch im psychotherapeutischen Bereich unterschiedliche Fachärzt:innen- bzw. Fachpsychotherapeut:innenqualifikationen vor. Auch sind die komplementären Hilfe-, Bildungs- und Sozialsysteme in einem Maße unterschiedlich, das eine einfache Übertragung der KSV-PsychRL auf Kinder und Jugendliche nicht einfach möglich ist. Dem wurde mit der Erstellung einer gesonderten Richtlinie für 0 bis 18-Jährige, der KJ-KSV-PsychRL Rechnung getragen. Wir sehen die Richtlinie als Chance zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen. Von Seiten unserer Mitgliedsverbände, namentlich dem Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) unterstützt durch den Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) werden zwei eigene Stellungnahmen abgegeben. Sie haben sich darin dezidiert zu den einzelnen Punkten geäußert. Wir unterstützen diese Stellungnahmen unserer Mitgliedsverbände ausdrücklich und schließen uns diesen Positionen als Spitzenverband ZNS an. Herausgreifen möchten wir dennoch einzelne Punkte, die uns für die Versorgung besonders bedeutsam erscheinen: 1. Auch wenn die Bearbeitung des Richtlinientextes für eine Stellungnahme durch die sehr differenzierte Darstellung der zwischen den Beteiligten im GBA noch nicht konsentierten Positionen herausfordernd war, so scheint es dem Unterausschuss PPV des G-BA doch recht gut gelungen, eine konkrete gemeinsame Idee zur Ausgestaltung dieser neuen Versorgungsform zu konsentieren. Insbesondere die Darstellung der einzelnen Richtlinienvorschläge der Bänke erleichterte es, sich einen guten Gesamteindruck der unterschiedlichen Konzeptionen zu verschaffen.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	2. Wir unterstützen sehr die Netzwerkkonzeption wie sie im Vorschlag von KBV/DKG entwickelt wurde. Die Netzwerkstruktur wird sehr schlank konzipiert und fokussiert dennoch sehr gut auf die im Gesetz benannte Patientengruppe der schwer psychisch kranken Kinder und Jugendlichen. Ausgehend von einem Tandem, bestehend aus Kinder- und Jugendpsychiater:in und -psychotherapeut:in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in kann sich ein Netzwerk konstellieren, wenn zusätzlicher psychosozialer Interventionsbedarf besteht. Damit wird zum einen automatisch auf die Gruppe schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher fokussiert, denn gerade diese Patientengruppe benötigt oftmals sowohl intensive psychotherapeutische als auch ärztliche und sozialpädagogische Unterstützungsmaßnahmen, zum andern können durch die Netzkonzeption bürokratische Hürden geringgehalten werden. Es wird unmittelbar auf die Kooperation am einzelnen Patienten fokussiert, anstatt zunächst aufwändige neue Netzwerkkonstruktionen etablieren zu müssen, bevor man im Sinne des Patienten behandlungsbezogen kooperieren kann. Und dennoch bieten sich durch die Konzeption Möglichkeiten, diese Kooperation finanziell mit kalkulierbaren Honoraren zu hinterlegen und sie damit sehr bürokratiearm und kosteneffizient umzusetzen. 3. Wir sehen als Spitzenverband ZNS die Koordinations- und Kooperationsleistung als zentrale Aufgabenstellung und Herausforderung in der Behandlung dieser Patient:innengruppe und unterstützen ausdrücklich den Ansatz von KBV/DKG diese Leistung an die approbierten Therapeut:innen und Ärzt:innen zu binden und eben nicht eine zusätzliche Schnittstelle durch eine nichtärztliche koordinierende Person zu schaffen. Wir sehen es tagtäglich in unserer Arbeit, dass es keineswegs ausreicht, einfach nur Informationen zu vermitteln, sondern der direkte Dialog zwischen den beteiligten Therapeut:innen erforderlich ist. Nicht ohne Grund sind psychiatrische Arztbriefe in der Regel wesentlich länger als die Befundberichte der somatischen Medizin (und sie sind dennoch meist inhaltlich nicht ausreichend bei schwer erkrankten Menschen.)

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	4. Das Netzkonzept von KBV/DKG bindet die Teilnahme an der Versorgung nicht an einen bestimmten Umfang des Versorgungsauftrags. Dies ist aus Gründen der realen Versorgungssituation sehr sachgerecht. Darüber hinaus ist es wichtig, zu betonen, dass diese Richtlinie ja nicht neue Patientengruppen erschließen soll. Sie soll dazu beitragen, dass bereits erkrankte Menschen, die auch bislang schon im Gesundheitssystem behandelt werden, besser behandelt werden, weil es besser koordiniert erfolgt. Es ist Aufgabe der kooperierenden Therapeut:innen, Ansprechbarkeit in Notfallsituationen transparent und verbindlich zu organisieren. Dies wird viel besser gelingen, wenn eine gute therapeutische Bindung besteht, als nur über die Anzahl der Erreichbarkeitsstunden pro Woche. In jedem Krankenhaus kann und muss es so organisiert werden, dass die „Institution Klinik“ für die Patienten zur Verfügung steht und nicht immer ein konkreter dem Patienten bekannter Arzt oder Psychotherapeut, wenn es zu einer Krisensituation kommt. In der Konzeption der KBV/DKG lässt sich das sehr gut gemeinsam regeln, gerade weil es eng an die persönliche Therapeut:innen Patient:innen Beziehung gekoppelt ist, die ja unabhängig vom Umfang des Versorgungsauftrags des einzelnen Therapeuten besteht. Wir danken an dieser Stelle dem Unterausschuss PPV des GBA sowie allen Beteiligten für diese umfangreiche und aus unserer Sicht potenziell sehr richtungsweisende Arbeit. Dr. Uwe Meier

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nr. 1-4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung zur Position GKV-SV, KBV/DKG.	Nr. 5 in der gewählten Version entspricht den gesetzlichen Vorgaben.
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Enthaltung	Inhaltlich ist die Position gut nachvollziehbar. Der Fokus der RiLi liegt gesetzesgemäß aber auf der Förderung des Übergangs von der stationären in die ambulante Behandlung. Wenn dies gelingt, werden dadurch auch wieder Ressourcen für dringend benötigte stationäre Behandlungen frei. Die Formulierung von GKV-SV/KBV/DKG ist deshalb ausreichend.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Ablehnung	Unterstützung des Netzkonzepts von KBV/DKG. Im Konzept von KBV/DKG ergibt sich

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				die Forderung der PatV logischerweise und muss nicht erneut benannt werden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3		GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zu allen Punkten	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Es ist inhaltlich nicht begründbar, die sehr jungen Kinder auszuschließen. Es wird nur eine sehr kleine Gruppe betreffen, aber gerade diese Patientengruppe braucht ggf. eine intensive Behandlung im häuslichen Umfeld und die Vermeidung einer stationären

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Behandlung. Stationäre Behandlungen bei sehr früh schon sehr schwer erkrankten Kindern müssten in dieser Altersgruppe in der Regel Eltern-Kind-Aufnahmen sein. Es gibt dafür kaum geeignete Behandlungsplätze in Deutschland. Sie flächendeckend aufzubauen, wäre in Anbetracht der kleinen Gruppe auch nicht sinnvoll. Die Richtlinie könnte hier eine bestehende Lücke schließen.
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	s.o.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Siehe unten unter den Folgepunkten
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Regelungen ausreichend, um die besonderen Anforderungen an die Behandlung abzubilden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer		

großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Dass eine Diagnose auf Achse 1 vorliegen muss, ist Grundlage jeder Behandlung, muss also nicht gesondert Erwähnung finden. Die Achse 5-Einschätzung ist entbehrlich. Das psychosoziale Funktionsniveau (Achse 6) lässt eine ausreichende Einschätzung zu, es ist davon auszugehen, dass bei einem Ausmaß von 4 – 8 auf Achse 6 nahezu immer auch die vom GKV-SV vorgeschlagenen Bedingungen auf Achse 5 vorliegen. Es entsteht somit nur überflüssiger bürokratischer Aufwand, der zudem sensible Daten über Dritte beinhaltet.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Der komplexe Behandlungsbedarf kann nicht zwingend an den Einbezug eines Krankenhauses gebunden werden. Es soll gerade die wohnortnahe ambulante Behandlung der schwer erkrankten Kinder und Jugendlichen unterstützt werden. Die zwingende Kombination Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsebene und Krankenhausebene wird oft nicht sinnvoll umsetzbar sein und behindert dann sinnvolle

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			ambulante Behandlungen. Die Formulierung „und“ widerspricht im Übrigen der Anforderung aus § 4 Abs. 2 des GKV-SV. Dort heißt es: ´bei Bedarf sollen eigebunden werden´. Unbenommen ist aber, dass ein Partner im Netzwerk natürlich auch aus einer Klinik kommen kann. Bei Patienten, die in einer PIA behandelt werden, ist es gut vorstellbar, dass ein Netzwerk tatsächlich „sektorübergreifend“ arbeitet, also das System „Krankenhaus“ und das System „Ambulante ärztliche Versorgung“ kooperieren. Es sollte egal sein, ob die Fachärztin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in einer Klinik angestellt sind oder in einer niedergelassenen Praxis arbeiten. Wichtig sind die Kompetenzen, wichtig ist die Kooperation der Professionen direkt am konkreten Patienten orientiert. Die hier genannte GKV-SV-Position widerspricht dem Netzansatz von KBV/DKG und wird deshalb abgelehnt. Siehe dazu auch an vielen anderen Stellen in der Stellungnahme.
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Die Konzeption des Behandlungsnetzwerks ist realitätsnah und adressiert sehr gut die zu adressierende Patientengruppe. Es ist wenig bürokratischer Aufwand, so dass eine breite Umsetzung in der Versorgung wesentlich

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			wahrscheinlicher scheint als im Vorschlag des GKV-SV. Mit dem Vorschlag von KBV/DKG kann wesentlich besser sichergestellt werden, auch dünner besiedelte Regionen entsprechend zu versorgen.
§ 2 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Inhaltlich kann die Position der PatV gut nachvollzogen werden. Es ist aber nicht Aufgabe des G-BA Regelungen in andere SGB-Bereiche zu treffen. Im Übrigen würde durch die Formulierung auch letztlich die Entscheidung eines anderen SGB-Bereichs mitentscheidend über die Leistung nach dieser SGB-V-Richtlinie.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*Nummer 1-4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
	Nummer 5	GKV-SV	Ablehnung	Die Koordination soll durch die behandelnden Bezugsarzt / Bezugstherapeuten geregelt werden. Er kann dabei einzelne Aufgaben unter seiner Verantwortung delegieren. Eine zwingend eingeführte nichtärztliche koordinierende Person schafft nur eine zusätzliche Schnittstelle, die den Transitionsprozess eher verlangsamen wird und Abläufe behindert, weil sie komplizierter werden. Hier wird auf die Netzwerk-Konzeption von KBV/DKG verwiesen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	§3 Abs. 4 regelt die Altersregelungen umfassend und eindeutig. Der Verweis auf abweichende Regelungen verwirrt. Wenn sie andere Rechtsnormen betreffen, sind sie ohnehin gültig.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Es ist selbsterklärend, dass der Kooperationsanlass primär immer

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			patientenbezogen sein muss. Darüberhinausgehend müssen aber weitere behandlungsbezogene Aspekte zwischen den Netzwerken besprochen werden, um die vulnerable Schnittstelle in die Erwachsenenwelt nicht zur Bruchstelle für die Patienten wird. Dies sollte explizit auch benannt werden.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nummer 1 bis 4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1	*Nummer 5 und 6*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	Ablehnung	Berufsgruppen sind in 1-4 klar geregelt. Wenn in den entsprechenden unter 5 und 6 genannten Institutionen die Berufsgruppen aus 1-4 vertreten sind, dann können diese Institutionen teilnehmen. Der Bezug auf die institutionelle Ebene allein scheint nicht sinnvoll, da er die Fachqualifikation des Ausführenden nicht explizit. Analog müsste man dann auch Praxen für KJPP zulassen und würde nicht sicherstellen, dass auch tatsächlich der / die Fachärzt:in die Behandlung macht.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks. Bürokratischer Aufwand ist möglichst klein zu halten. Es braucht Kooperation, nicht neue Strukturen, die dann erst wieder kooperieren können, wenn sie viel organisatorischen Aufwand betrieben haben.
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks. Bürokratischer Aufwand ist möglichst klein zu halten. Es braucht Kooperation, nicht neue Strukturen, die dann erst wieder kooperieren können, wenn sie viel organisatorischen Aufwand betrieben haben.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Reduktion des bürokratischen Aufwands wird die Umsetzung in der Versorgung befördern.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz	

	1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Netzkonzeption KBV/DKG wird unterstützt

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Zustimmung	Netzkonzeption von DKG/KBV wird unterstützt

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.]** **[PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	
§ 4 Absatz 3		PatV	Keine Ablehnung	Einleitender Satz der PatV denkbar. Regelung im Vorschlag GKV-SV/KBV/DKG aber bereits eindeutig und kürzer, wird deshalb favorisiert.
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*Nr. 5-9*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*	Zustimmung zu den Inhalten.	Das „und“ des GKV-SV unter Nr. 8 ist nicht sinnvoll, da weitere Punkte bei DKG/KBV/PatV folgen, denen unsererseits zugestimmt wird.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*Nummer **[KBV/DKG: 10-13]***	*KBV/DKG /PatV*	Zustimmung zur Aufzählung von DKG/KBV	Formulierungen der PatV werden nicht abgelehnt, die von KBV/DKG erscheinen klar und ausreichend.

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Zustimmung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 4**]**			

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Behandlungsnetzwerks, wie von KBV/DKG vorgeschlagen, wird unterstützt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Behandlungsnetzwerks, wie von KBV/DKG vorgeschlagen wird unterstützt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung		

von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks von KBV/DKG wird unterstützt

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen

		nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt, Dopplungen vermeiden
§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt, Dopplungen vermeiden

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt
§ 4 Absatz 6	PatV	Ablehnung	Im Vorschlag von DKG/KBV hinreichend geregelt

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Konzeption des Netzwerks wie bei DKG/KBV wird unterstützt

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	s.o.
§ 5 Absatz 1	PatV	Ablehnung	s.o.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Netzkonzeption von KBV/DKG wird unterstützt. Der Ausschluss von halben Versorgungssitzen ist inhaltlich nicht

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			begründbar: Die tatsächliche Versorgungssituation im Bereich KJP/KJPP macht es erforderlich, dass schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendlichen jede nur für sie erreichbare, fachgerechte Behandlung bekommen können. Wohnortnähe ist in der KJP/KJPP ohnehin schwieriger umzusetzen, als in der Erwachsenenpsychiatrie. Hier dann auch noch die Angebote auf Grund des Versorgungsumfangs zu minimieren bedeutet, sie de facto nur ein einigen wenigen Regionen in Deutschland überhaupt möglich werden zu lassen. Man möge auch bedenken, dass jedes Kind in der Regel von einem Erwachsenen zu der Therapie begleitet werden muss. Das Bedarfsplanungsgutachten (Sundmacher et al.) macht sehr deutlich, dass die Patientengruppe ohnehin schon diejenige ist, die die längsten Anfahrtswege mit dem PKW hat (und Jugendliche haben keine PKWs, brauchen also auch hier ÖPNV oder Erwachsene, die sie fahren. Die Notfallversorgung kann innerhalb des Netzwerks geregelt werden. Krankenhausstrukturen in Deutschland regeln dies analog, man erreicht nicht in jeder Krise sofort den diensthabenden Arzt, es ist aber wichtig, dass sehr zeitnah eine geeignete

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Behandlungsmaßnahme organisiert werden kann. Dies ist dann Aufgabe der Netzwerke, die das gut regeln können. Die Koordination ist eine zentrale Aufgabe im Netzwerk. Sie darf nicht zu einer weiteren obligaten Schnittstelle führen. Oftmals wird es sehr sinnvoll und wichtig sein, dass der /die behandelnden Therapeut:innen in der Koordination direkt weitere Behandlungsschritte abstimmen. Dies ist nicht übertragbar an Dritte. Übertragen werden können administrative Aufgaben wie Terminvereinbarungen u.ä. Nicht aber die eigentliche Koordination der Behandlung. Siehe dazu auch die allgemeinen Anmerkungen.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	s.o. Die Netzwerkkonzeption der KBV/DKG wird unterstützt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet:		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser

(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)		nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Ablehnung	Unterstützung des Netzwerkkonzepts von KBV/DKG

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der	

	Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. [**KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.]

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Formulierung klarer
§ 5 Absatz 2	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder		

3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Ablehnung	Für die Funktion des Bezugstherapeuten / -arztes ist ein besonderes Vertrauensverhältnis notwendig, nicht primär die Berufsgruppe. Die Berufsordnungen der nicht-ärztlichen Psychotherapeut:innen wie auch der Ärzt:innen regeln deren Pflichten eindeutig. Dazu gehört ggf. auch für einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, somatische Aspekte einer Erkrankung abklären zu lassen bzw. behandeln zu lassen. Es kann in einem anderen Fall genauso bedeutsam sein, dass ein Arzt eine testpsychologische Abklärung, die er nicht selbst durchführen kann, an den psychologischen Netzwerkpartner delegiert.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	An anderer Stelle bereits geregelt. Netzwerkkonzeption von KBV/DKG wird unterstützt.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist,

		dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	An anderer Stelle bereits geregelt bei KBV/DKG

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV	Zustimmung	Wir sehen zwischen den Versionen von GKV-SV und DKG/KBV keine wesentlichen Unterschiede. Unseres Erachtens sind es redaktionelle Unterschiede, die in beide Richtungen auflösbar erscheinen.
	KBV/DKG	Zustimmung	Wir sehen zwischen den Versionen von GKV-SV und DKG/KBV keine wesentlichen Unterschiede. Unseres Erachtens sind es redaktionelle Unterschiede, die in beide Richtungen auflösbar erscheinen.
	PatV	Ablehnung des Verweises auf die Behandlungskontinuität	Wenn es zu einem Wechsel kommt, ist vorher möglicherweise etwas schief gegangen. Dann kann Behandlungskontinuität sinnvoll sein, aber auch gerade nicht. Sie sollte nicht explizit gefordert werden.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		

<table>
<tr><td>1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</td><td colspan="2">1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. die unverzügliche [GKV-SV, PatV: Einleitung] [KBV/DKG: Anbahnung] einer ambulanten oder stationären Behandlung,</td></tr>
<tr><td colspan="3">3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td>4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,</td><td>4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.</td></tr>
<tr><td></td><td>5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.</td><td></td></tr>
</table>

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*Nummer 1*	GKV-SV	Ablehnung	Andere Konzeption des Netzes. Zustimmung zum Vorschlag DKG/KBV
	Nummer 1 bis 5	KBV/DKG	Zustimmung	Ablehnung des Begriffs Einleitung aus dem Vorschlag von GKV-SV und PatV, da dies bedeuten würde, in eine andere Organisation hoheitlich einzugreifen. Man kann nur anbahnen.
	Nummer 4	PatV	Ablehnung	Gesamtkonzeption des §.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Andere Konzeption des Netzwerks. Zustimmung zum Vorschlag von KBV/DKG

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,		

2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung der Ausschließlichkeit	Netzwerkkonzeption
§ 6		KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zum unterstützenden Einbezug	Netzwerkkonzeption
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*Nr. 1-8*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zu allen genannten Berufsgruppen und Zustimmung zur Zusatzqualifikation für alle genannten Berufsgruppen. D.h. Ablehnung der Eingrenzung auf Nr. 3-8 wie von GKV-SV und PatV vorgeschlagen.	Weder Heilmittelerbringer noch Leistungserbringer häuslicher Krankenpflege verfügen a priori über hinreichendes Wissen bei Kindern und Jugendlichen. Alle genannten Berufsgruppen müssen eine entsprechende Qualifikation resp. einschlägige Erfahrungen vorweisen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Netzwerkkonzeption
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Netzwerkkonzeption
§ 7 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Netzwerkkonzeption

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Unterstützung der Netzwerkkonzeption der KBV/DKG
§ 7 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Netzwerkkonzeption KBV/DKG wird unterstützt. Umfassende, bürokratiearme Regelung der Aufgabenstellung ist erforderlich und wird hier umgesetzt. Die Ressourcen müssen beim Patienten ankommen, Koordination und Kooperation muss konsequent das oberste Ziel darstellen.
§ 7 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Das Netzwerkkonzept von KBV/DKG wird unterstützt

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV	Existiert nicht.	
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	s.u.	
§ 7 Absatz 3		PatV	Ablehnung	Netzwerk Konzept und Darstellung der Aufgabenstellungen von KBV/DKG werden unterstützt. Regelungen, Vorschläge von PatV werden nicht komplett inhaltlich abgelehnt, sind bei KBV/DKG an anderer Stelle geregelt.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	Zustimmung	Selbsterklärend! Es ist inzwischen in jedem Sportverein ein Standard, sich des Themas zu widmen. Es ist Standard in der Jugendhilfe, es muss hier ebenfalls explizit benannt werden.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Spitzenverband ZNS

Wulffstr. 8, 12165 Berlin, bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

13.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	
§ 8 Absatz 1	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung	Die Notwendigkeit einer Überweisung schafft eine zusätzliche Hürde, die keinerlei Verbesserung beinhaltet. Der Absatz ist überdies entbehrlich, da ohnehin bereits eine Empfehlung ausreicht.
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Völlig ausreichende Formulierung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Zugang ohne Überweisung, s.o.
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	s.o.
§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Zugang ohne Überweisung, s.o.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**]** **[KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	Aufnahme des „auch“ lässt auch andere Möglichkeiten explizit zu.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Keine Überweisung, s.o.
§ 8 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Keine Überweisung, s.o.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Die Punkte aus den Positionen von GKV-SV bzw. PatV sind bereits an anderen Orten genau geregelt. Eine erneute Regelung in der Richtlinie ist nicht erforderlich und könnte ggf. sogar zu Konflikten mit geltendem Recht führen.
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Einfache, klare Regelung. Verweis auf ohnehin geltendes Recht.
§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung	s.o.

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Der Verweis auf die gestufte Versorgung ist schwer verständlich. Gemeint ist wohl, dass Befunde und Maßnahmen, die bereits im Rahmen bisheriger Versorgungsangebote zu nutzen sind und auf dieser Grundlage die Voraussetzungen zur Teilnahme zu prüfen sind. Dies ist selbsterklärend, da die Teilnahme am Behandlungsangebot dieser Richtlinie zu Beginn der Behandlung, also mit dem vorhandenen Vorwissen in der Eingangssprechstunde gestellt werden muss. Eine Festlegung des Bezugstherapeuten ist

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			erforderlich, insgesamt wird der Sachverhalt in der Version von KBV/DKG sachgerecht und dabei wesentlich einfacher beschrieben.
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Die Erstellung des Behandlungsplans ist Aufgabe des Bezugsarztes oder Bezugstherapeuten. Damit ist implizit auch klar, dass diese Rolle festgelegt wurde. Es muss nicht erneut formuliert werden
§ 9 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Wichtig im Sinne dieser Richtlinie ist eine Verbesserung für Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen. Wie sind ausreichend Anzahl und kurzfristiges Zur Verfügung Stellen von Terminen zu definieren, wie zu prüfen? Was passiert, wenn die Termine freigehalten werden, aber nicht benötigt werden? Man sollte diese Organisation in den Händen der Leistungserbringer belassen. Zeiträume bis zum Beginn der Behandlung nach der Richtlinie sind an anderer Stelle bereits ausreichend beschrieben.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Redundant, da dem Vorschlag von KBV/DKG zugestimmt wird.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung	
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Klare Vorgabe der Ausschlüsse. Anzeige bei der Krankenkasse ist ein nicht erforderlicher bürokratischer Aufwand. Es lässt sich über die GOP im Rahmen der KV-Überprüfungsroutinen im Rahmen der Quartalsabrechnung sehr leicht prüfen, ob parallel behandelt wurde und entsprechende Behandlungsziffern können ggf. gestrichen werden.
§ 9 Absatz 3	PatV	Enthaltung	Im Wesentlichen inhaltsgleich mit KBV/DKG

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, zu beschreiben, wie Diagnostik oder Behandlungsplan fachlich zu machen sind (Prozessbeschreibung). Der Einbezug der nicht-ärztlichen koordinierenden Person muss an dieser Stelle logisch abgelehnt werden, da die Version von KBV/DKG unterstützt wird, die ein anderes Netzkonzept vorsieht.
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Version KBV/DKG beschreibt die Inhalte des Behandlungsplans (Ergebnisbeschreibung). Als Grundlage für die Behandlung von höherer Qualität als eine Prozessbeschreibung.
§ 10 Absatz 1	PatV	Enthaltung	Redundant.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt), 4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Prägnante Beschreibung des Sachverhaltes, lässt ggf. auch eine Überprüfung gut zu.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	Nummer 1-5	PatV	Ablehnung	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine		

Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**] [GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	redundant
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 4	PatV	Ablehnung	redundant

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1		GKV-SV	Ablehnung	Das Netzkonzept des GKV-SV wird abgelehnt. Die obligate nicht-ärztliche koordinierende Person stellt eine zusätzliche neue, oft nicht einmal erforderliche Schnittstelle dar. Koordination im Sinne dieser Richtlinie ist mehr als reine Terminkoordination o.ä. Inhaltliche Gesichtspunkte sind oft entscheidend und können nur vom approbierten und verantwortlichen Therapeuten im Kooperationskontakt entschieden werden. Dass dabei unterstützende Tätigkeiten durch nicht approbierte koordinierende Personen übernommen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				können, ist im Vorschlag der KBV gut abgebildet. Es darf angenommen werden, dass jeder Leistungserbringer ein Interesse daran hat, Leistungen, die inhaltlich und rechtlich delegierbar sind, auch zu delegieren. Die Version des GKV-SV möchte hier an der falschen Stelle entlasten.
§ 11 Absatz 1		KBV/DKG	Zustimmung	Die Koordinationsleistung für die hier zu regelnden Behandlungsfälle geht in der Regel über eine reine Terminvereinbarung o.ä. hinaus. Sie ist Teil der Absprachen zur Gesamtplanung. Eine nicht-ärztliche koordinierende Person kann unterstützen. Wenn sie obligat wird, behindert sie die Koordination. Siehe dazu auch oben.
§ 11 Absatz 1		PatV	Ablehnung	s.o.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen.		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen.		Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2-7		GKV-SV	Ablehnung	Netzkonzept von KBV/DKG wird unterstützt.
§ 11 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Netzkonzeption von KBV/DKG wird unterstützt

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Ablehnung	Unklare Bedingungen des Einsatzes telemedizinischer Anwendungen
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Klare Festlegung bestehender Möglichkeiten, Positionen der PatV entbehrlich, ohne den Sinn des Ganzen zu verändern

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Unklare Regelung mit unklarer Abgrenzung der Aufgaben der Beteiligten

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	Gemeinsame Pos. GKV-SV, KBV/DKG, PatV	Zustimmung zu Satz 1	
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Abweichendes Netzkonzept des GKV-SV. Unterstützt wird das Konzept von KBV/DKG
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Logisch konsistent zum Konzept von GKV/DKG. Geringstmöglicher bürokratischer Aufwand.
§ 13 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Abweichendes Netzkonzept. KBV/DKG sieht keine obligate nicht-ärztliche koordinierende Person vor.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, keine Änderung	Einfachste und kürzeste Beschreibung des Sachverhaltes
§ 13 Absatz 4	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung des starren Überprüfungszeitraums	Der starre Zeitraum von „halbjährlich“ entspricht nicht der Versorgungsrealität.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung	Unterschied zu KBV/DKG nur redaktioneller Natur

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV	Ablehnung	Eine Festlegung des Zeitraums bis zur Evaluation ist bei einer neu einzuführenden Richtlinie nicht sinnvoll.
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	Dem G-BA bleiben mit dieser Formulierung alle Möglichkeiten zur Evaluation der Richtlinie. Formulierung am besten sachdienlich.
§ 15	PatV	Ablehnung	s.o. bei GKV-SV

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Spitzenverband ZNS		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
16.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Der VDAB stimmt dem Formulierungsvorschlag der PatV zu.	Die Versorgung muss personenzentriert am Bedarf der Patienten ausgerichtet sein. Dies kann sowohl eine zielführende Versorgung in der häuslichen Umgebung wie auch im stationären Bereich bedeuten.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Der VDAB unterstützt die Einschätzung der PatV.	Eine übergreifende und kooperierende Versorgung verschiedener Leistungserbringer

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				unterstützt eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Der VDAB unterstützt den Vorschlag von KBV/DKG/PatV.	Die Versorgung muss von Geburt an sichergestellt sein. Psychische Erkrankungen

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			setzten nicht erst mit Vollendung des 3. Lebensjahres ein.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Der VDAB befürwortet den Vorschlag von KBV/DKG/PatV.	Die Definition von deutlichen Einschränkungen unterstützt die einheitliche und Ausgangslage und ist ausreichend für eine Bedarfseinschätzung.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV	Der VDAB schließt sich der Einschätzung der PatV an.	Auch Maßnahmen bzw. Leistungen in anderen Leistungsgesetzen, die die psychosoziale und/oder psychische Gesundheit betreffen führen zu einem komplexen Behandlungsbedarf gemäß dieser Richtlinie.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Änderungsvorschlag: Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch und koordiniert gemeinsam mit den nichtärztlichen Leistungserbringern gemäß § 6 die weitere Transition.	Die Koordination sollte ganzheitlich unter Einbezug aller an der Versorgung Beteiligten zielgerichtet durchgeführt werden.
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Der Einschub vom GKV-SV ist nach Einschätzung des VDAB entbehrlich.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV	Der VDAB unterstützt die Formulierung der PatV.	Der Einbezug sollte zur optimalen Patientenversorgung regelhaft erfolgen.
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*Nummer 4*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*	Der VDAB stimmt zu.	Zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante (Kinder-) Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben sind wichtige Partner im Rahmen der Versorgung gemäß dieser Richtlinie.
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:**	*(z.B. Nummer*	*KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	***[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***			

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/DKG/PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Der VDAB unterstützt diesen Vorschlag.	Das öffentliche Onlineverzeichnis unterstützt die Transparenz und niederschwellige Suche nach Teilnahmenberechtigten.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V,	

	die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder		

	Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5		

genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in		

Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur

ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV: (4)] [KBV/DKG/PatV: (5)] Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für</td></tr>
<tr><td>1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</td><td colspan="2">1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. die unverzügliche [GKV-SV, PatV: Einleitung] [KBV/DKG: Anbahnung] einer ambulanten oder stationären Behandlung,</td></tr>
<tr><td colspan="3">3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td>4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,</td><td>4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.</td></tr>
<tr><td></td><td>5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.</td><td></td></tr>
</table>

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV	Änderungsvorschlag: Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann auch durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:	Die Koordination kann sowohl durch ärztliches wie auch nicht ärztliches Personal ausgeübt werden können.
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
16.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Der VDAB stimmt zu, dass es eine Überweisung oder Empfehlung zur Versorgung nach dieser Richtlinie geben sollte, sofern es sich um einen Erstkontakt handelt.	Eine Überweisung erscheint sinnvoll, da vorher eine Beratung stattfindet, an wen sich die betroffene Person wenden sollte.
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung.	Der Zugang zur Versorgung sollte so niedrigschwellig wie möglich sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV		Wir lehnen dies ab. Es erschließt sich nicht, warum die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans durch koordinierende nichtärztliche Personen gemäß § 6 erfolgen sollte. Dies kann allenfalls unterstützend erfolgen, sollte aber nicht in alleiniger Verantwortung stattfinden.	
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG		Wir stimmen zu, dass die Koordination bei der Bezugsärztin/Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut liegen sollte und durch nicht-ärztliche Person gemäß § 6 unterstützt werden können.	
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen.		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen.		Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV	Wir stimmen zu, dass die Koordination bei der Bezugsärztin/Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut liegen sollte und durch nicht-ärztliche Person gemäß § 6 unterstützt werden können.	
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Wir stimmen zu, dass telemedizinische Angebote bei Bedarf eingesetzt werden können.	

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV	Wir stimmen zu, dass auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren ist, sollte sie an der Koordination beteiligt sein.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
16.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
PatV	**Die von der PatV vorgeschlagene Bildung eines fallspezifischen „adhoc-Teams“ sowie die stärkere Einbeziehung von Leistungserbringern außerhalb des SGB V erscheinen aus unserer Sicht der Versorgungsrealität angemessen und von zentraler Bedeutung für den Erfolg der Richtlinie. Die vorgesehene, für die Leistungserbringer dieser Richtlinie verbindliche Einbeziehung solcher Leistungserbringer könnte ein weiterer Schritt zur Überwindung der „getrennten Welten“ von SGB V einerseits und den übrigen SGB-Bänden andererseits in Richtung auf eine leitliniengerechte Gesamtversorgung sein. Wir verweisen auf die „Systemempfehlungen“ der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN.**
GKV	**Die Vorschläge der GKV bedeuten aus unserer Sicht eine zu starke Fokussierung auf die Bezugspersonen gemäß § 6, an der Gesamtverantwortung der Bezugsärzt:innen bzw. -psychotherapeut:innen vorbei.**
	Die Wünsche der Patient:innen – sowie konsequenterweise ihrer Sorgeberechtigten – sind an mehreren Stellen „zu berücksichtigen“; diese Formulierungen werden dem Wunsch- und Wahlrecht der Patient:innen nicht ausreichend gerecht. Die Benennung von Bezugspersonen gemäß §§ 5 und 6 sollte an eine ausdrückliche Zustimmung gebunden sein, denn eine Vertrauensbeziehung zu diesen Personen dürfte die entscheidende Erfolgsbedingung sein.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Keine Zustimmung	Die Verringerung von Krankenhaustagen ist zwar wünschenswert, sollte aber kein Erfolgskriterium sein. Eine erfolgreiche Versorgung geht im Einzelfall keineswegs regelhaft damit einher.
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Zustimmung	Eine nahtlose Versorgung nach Entlassung aus stationärer Behandlung dürfte ohne diese Möglichkeit nicht immer gelingen.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*Nummer 2*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	… **und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan, der soweit möglich auch Leistungen aus anderen SGB-Bänden einbezieht, …**	Derzeit laufen die Hilfeplanungen der einzelnen Rechtskreise ohne verbindliche wechselseitige Abstimmung nebeneinander her, aus der Sicht der Betroffenen ein Unding.
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse		

des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Positio n von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*insgesamt*	GKV-SV	Ablehnung	Eine so detaillierte Aufzählung zwingend erforderlicher Kriterien bedeutet eine nicht sachgemäße Einengung der Indikation.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	s. u.
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung	s. u.
§ 2 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Die Erforderlichkeit einer Komplexversorgung hängt nicht ausschließlich von der Erforderlichkeit von Behandlungsmaßnahmen ab, sondern ebenso

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			von psychosozialem Hilfebedarf aus anderen Rechtskreisen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*Nr. 3*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	**Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V und anderer SGB-Rechtskreise werden in Fallbesprechungen einbezogen.**	Siehe die allgemeinen Bemerkungen zu Beginn sowie zu § 2 Abs. 3
	Nr. 4	KBV/DKG/ PatV	*Zustimmung*	Eine solche übergreifende Verantwortung sollte festgelegt sein.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Ausdrückliche Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nr. 5, 6*	PatV	Zustimmung	Diese Einrichtungen sind für viele Betroffene relevant, ihr Ausschluss wäre aus Betroffenenperspektive nicht sachgerecht.
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*Nr. 1-3*	PatV	**Zustimmung**	**Die Beschränkung auf jeweils nur einen Leistungserbringer der übrigen Sparten ist sachlich unbegründet.**
§ 4 Abs. 2	*Nr. 4*	PatV	**Zustimmung**	**s. o. § 4 Abs. 1**

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung	Wir plädieren für das adhoc-Team lt. Vorschlag der PatV als „patientenindividuelles Team“. Im Übrigen ist diese Festlegung eine Einschränkung, die nicht jeder Fallkonstellation gerecht werden dürfte.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:	

	1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung],
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 11] [PatV: 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
<tr><td></td><td>12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie</td><td>11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)</td></tr>
</table>

	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Ablehnung	Zustimmung zur Version der PatV
§ 4 Absatz 3		PatV	Insgesamt Zustimmung	Wir halten die Einbeziehung der genannten Personen und Einrichtungen wie die PatV für „in der Regel erforderlich“ und halten die in der PatV-Version genannten Einrichtungen für sachgerecht. Auch die Erwähnung der Selbsthilfe gehört aus unserer Sicht unbedingt hierher.

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das	

	Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und	

	Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	*Ergänzung nach „… einbezogen werden:* Zur Sicherung der Behandlungskontinuität sollen sie auch die Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen, soweit nicht gewichtige Gründe dagegen sprechen.“	Ebenso wie in der Richtlinie für Erwachsene, bedeutet die Zuweisung eigener Bezugspersonen mit Verantwortung für Planung und Koordination der Maßnahmen zu Beginn der Versorgung ggf. einen Bruch der personellen Kontinuität bei Eintritt und evtl. auch bei Austritt aus der Versorgung, der den Erfolg in vielen Fällen gefährden dürfte.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem		

Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Vgl. die allgemeinen Bemerkungen zu Beginn

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden		

Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	s. o.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so		

wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus

Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung der starren Aufgabenteilung zwischen Bezugsärzt:in bzw. Bezugspsychotherapeut:in und der koordinierenden Bezugsperson	Mehrfach begründet, s o.
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Ablehnung	Die Verantwortlichkeit für den Gesamtbehandlungsplan fehlt, im Unterschied zu den anderen Versionen.
§ 5 Absatz 1	PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Die Einschränkung auf volle Versorgungsverträge ist angesichts der Praxis nicht erforderlich, die Präsenz reicht auch bei halben Praxissitzen aus. Wegen der geringen und weiter sinkenden Anzahl voller Sitze würde die Richtlinie wohl in vielen Regionen nicht zustande kommen bzw. nicht viele Patient:innen erreichen.
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Ablehnung	… des „patientenindividuellen Teams“, s. o. § 4 Abs. 3

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung	sachgerecht

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	PatV	*Zustimmung mit folgender Ergänzung am Ende des Textes:* Die Festlegung soll nicht gegen den erklärten Willen der genannten Personen erfolgen.	Siehe die allgemeinen Bemerkungen zu Beginn zur Einbeziehung der Betroffenen und Bezugspersonen; eine Festlegung gegen deren Willen dürfte ohnehin zum Scheitern der Maßnahmen führen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1		GKV-SV	Ablehnung	Unnötige Einengung auf Ärzt:innen; auch in den genannten Konstellationen können diese ihre Leistungen erbringen, ohne Fallführung zu übernehmen.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung	s. o. zu § 5 Absatz 1, volle Versorgungsaufträge

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV	*Zustimmung mit folgender Ergänzung:* „… sind vordringlich zu berücksichtigen.“	Auch wenn einem Wechselwunsch aus therapeutischen Erwägungen nicht immer gefolgt werden sollte, ist eine bloße „Berücksichtigung“ nicht ausreichend. Vgl. § 5 Abs. 2

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*Nr. 1*	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung, insbesondere zur Einbeziehung der Sorgeberechtigten	
	Nr. 4	KBV/DKG	Ablehnung	Vgl. § 4 Abs. 3
	Nr. 4	PatV	Zustimmung unter Wegfall des „ggf.“	Der Fall dürfte stets gegeben sein.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	Gegen die starre Fokussierung auf Personen gem. Absatz 2, s. o.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,		

2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung des Wortes „nur“	s. o.
§ 6		KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zu „unterstützend auch“	Sachgerecht flexibel handhabbar
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*Nummer 3*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Medizinische Fachangestellte streichen	Auch mit den nachfolgend geforderten Zusatzqualifikatione erachten wir diese Berufsgruppe in aller Regel für nicht ausreichend qualifiziert.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV	Zustimmung	Wir begrüßen die vorgeschlagene Bildung fallbezogener adhoc-Teams und verweisen zur Begründung auf die „Systemempfehlungen“ der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der DGPPN.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach

Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen	innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten	§ 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische	in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies	

Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen;	erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch	

Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Skepsis	Überregulierung mit Festlegung, die vielen Fällen nicht gerecht werden dürften
§ 7 Absatz 2		GKV-SV	Skepsis	dito

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		PatV	Zustimmung	
§ 7 Absatz 3	*Nr. 7*	PatV	*Ergänzungsvorschlag:* „7. die Einbeziehung von Leistungserbringern aus anderen Rechtskreisen in die Behandlungsplanung und in die Abstimmung und Vernetzung aller im Einzelfall erbrachter Hilfen“	S3-Leitlinie der DGPPN, siehe vorigen Anmerkung

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und	

	Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
16.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV	Zustimmung	Sachgerechte Regelung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV	Zustimmung	Sachgerechte Regelung

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV	Zustimmung	Ausreichend detaillierte Regelung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Betonung der gemeinsamen Entwicklung des Gesamtbehandlungsplans, die für das Gelingen der Behandlung essenziell ist

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung	Siehe allgemeine Vorbemerkungen
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	Dringend gebotene Ergänzung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung zum Hinweis auf LE gemäß § 4 Abs, 3 sowie auf relevante private Bezugspersonen	Beide Gruppen sind für die Passgenauigkeit und en Erfolg der Maßnahmen nach dieser Richtlinie relevant.
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung zum Hinweis auf somatische Komorbiditäten	Hinweis erforderlich, da dieser Aspekt oft vernachlässigt wird
§ 10 Absatz 1	PatV	Zustimmung zu den Formulierungen im ersten Kasten	Einbeziehung von Angehörigen ist von großer Bedeutung; adhoc-Team wird begrüßt, oben mehrfach begründet

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3 welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		PatV	Zustimmung zum ganzen Text, insbesondere zu Nr. 4	Im Vergleich zu den anderen Vorschlägen am konkretesten; zu Nr. 4 siehe mehrfache Begründungen zu Beginn und bei anderen Einzelvorschriften

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	*Zustimmung mit folgender Ergänzung:* „Er beinhaltet die Wünsche der Patientin bzw. des Patienten sowie der Bezugspersonen zur Krisenintervention, konkrete Maßnahmen …“	Nach unserer Erfahrung sollten die Wünsche der Betroffenen zum Umgng mit Krisen explizit erfragt und an den Anfang jedes Kriseninterventionsplans gestellt werden.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem		

sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.] **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.]

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV		Ablehnung	Festlegung auf nicht-ärztliche Bezugsperson gemäß § 6; Begründung siehe mehrfach weiter oben; sachgerecht ist aus unserer Sicht die Verantwortung derBezugsärzt:in/-psychotherapeut:in, die sich ggf. eine solche Bezugsperson einbeziehen kann
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG		Ablehnung	Nicht ausreichend substantiiert, auch im Folgenden nicht (Abs, 2 der übrigen Bänke)
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	*Zustimmung mit folgender Ergänzung zu Nr. 1:* … nach dieser Richtlinie oder anderen Vorschriften beteiligten …	Einbeziehung aller fallbezogenen Leistungserbringer ist leitliniengerecht, s. o.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen.		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen.		Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung der Fokussierung auf die nichtärztliche koordinierende Bezugsperson	s. o.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Zustimmung	Ausreichende Regelung
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Ausdrückliche Zustimmung	Die bisherige Praxis zeigt nach unserer Erfahrung, dass eine solche detaillierte Festlegung der Prozeduren des Entlassmanagements sinnvoll is.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Zur Vermeidung von Versorgungslücken sicher vielfach erforderlich

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	s. o.
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Bezugsärzt:in/-PT ist primäre Anlaufstelle, nicht-ärztliche:r Koordinator:in wird ggf. einbezogen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Ausdrückliche Zustimmung	… angesichts der Wartezeiten für ambulante Psychotherapie

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung der Festlegung auf halbjährliche Überprüfung	Zu schematisch, kann im Einzelfall zu lang oder zu kurz sein
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG und PatV	Zustimmung zu der flexibleren Vorschrift	s. o.

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV und PatV	Zustimmung	Sachgerecht
§ 15	KBV/DKG	Ablehnung	Zu wenig substantiiert

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Wir nehmen teil**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V. (bkj)
Wiesbaden, den 16.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	Klarere Formulierung! Wichtig v.a. die Ermöglichung aufsuchender Angebote, wenn weder der erkrankte Patient noch die Sorgeberechtigten oder andere Bezugspersonen ein ambulantes Setting garantieren können als Behandlungsvoraussetzung und eine stationäre Versorgung damit vermieden werden kann.
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	wünschenswert	Soweit die Leistungserbringer*innen diese Kooperation ermöglichen können und

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				regelmäßige Fallbesprechungen auch online stattfinden können (insb. im ländlichen Raum wegen der Entfernungen)

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1-8)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 9)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Fallbesprechungen müssen für alle beteiligten Akteure pflichtig sein und auch honoriert werden	Oft scheitern diese Kooperationen an den fehlenden Abrechnungsziffern im ambulanten Bereich insbesondere für niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Dabei müssen die privat versicherten Patient*innen mitgedacht werden durch Ergänzung in der GOÄ

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung Altersgruppe 0-21 Jahre	Es liegen keine wissenschaftlich begründeten Einschränkungen zur entsprechenden Versorgung in der Altersgruppe 0-3 Jahre vor. Gerade die neuere Kategorisierung der frühen

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Regulationsstörungen 0-5 hat die Altersgrenze von 0-3 Jahren nach oben korrigiert. Frühe Störungen haben einen sehr komplexen Charakter, in dem die Bezugspersonen notwendigerweise einzubeziehen sind. Hier handelt es sich zudem um eine Schnittstelle zur Behandlung psychisch kranker Erwachsener (Mütter und Väter), die parallel ebenfalls und in Kombination behandelt werden sollten um eine Chronifizierung zu vermeiden bzw. Folgeschäden zu minimieren.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Formulierung reicht aus und schränkt die Entscheidung über die Notwendigkeit der Anwendung der Richtlinie unnötig ein.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer		

großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Flexibelste Formulierung, wichtig hierbei die Einbeziehung anderer psychosozialer Leistungen (z.B. Erziehungsberatungsstellen)

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Streichung von: ~~**Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.**~~	Psychisch schwer erkrankte junge Erwachsene zwischen 18 und 21 Jahren sind oftmals in ihrer Entwicklung zurück (z.B. geringes Strukturniveau), das heißt sie müssen Entwicklungsschritte (der Adoleszenz) nachholen. Um diese Art der Regression zu ermöglichen erscheinen oftmals die Behandlungssettings aus dem Erwachsenenbereich ungeeignet und die dortigen Behandler*innen möglicherweise nicht ausreichend qualifiziert. Wenn im stationären Bereich keine expliziten Jugendlichenstationen vorgehalten werden, tragen auch die Bedürfnisse der Mitpatient*innen (z.B. schwere Persönlichkeitsstörungen) nicht zur Heilung bei. Hier sollte kein Vorrang formuliert werden um offen für Einzelfallentscheidungen zu bleiben und Beziehungsabbrüche zu bisherigen Leistungserbringern zu vermeiden.

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**. 5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 3 Absatz 2	*Nummer 4*	KBV/DKG/ PatV	*Zustimmung*	Der fallführende Leistungserbringer sollte frei wählbar sein. (auch hier ist die angemessene Honorierung und Ergänzung der GOÄ für den Organisationsaufwand mitgedacht werden)
	Nummer 5	GKV-SV	*Ablehnung*	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Streichung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Keine Position	

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nummer 1-4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 4 Absatz 1	*5-6*	*PatV*	Ablehnung	Systembruch, weil hier Einrichtungen genannte werden und nicht personalisierte Professionen

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag

für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	**Ablehnung**	
§ 4 Absatz 2	*(2) und 1.-4.*	PatV	**Zustimmung**	**Flexibelste und interdisziplinäre Zusammenarbeit am ehesten individuelle Auswahl gewährende Formulierung**

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Ablehnung	Überregulierung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung	Überregulierung

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Ablehnung	Alternativformulierung von PatV geeigneter

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	So flexibel wie möglich, Einbeziehung aller relevanter Akteure angestrebt
§ 4 Absatz 3		PatV	Zustimmung	So flexibel wie möglich, Einbeziehung aller relevanter Akteure angestrebt
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*	Zustimmung	So flexibel wie möglich, Einbeziehung aller relevanter Akteure angestrebt
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:**	*(z.B. Nummer*	*KBV/DKG /PatV*	Zustimmung	So flexibel wie möglich, Einbeziehung aller relevanter Akteure angestrebt

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	***[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***			

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/DKG/PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	Sinnvolle Serviceleistung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im	

	Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	Durchaus wünschenswert, vorbehaltlich der Honorierung des zusätzlichen Organisations- und Zeitaufwandes.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder		

Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Nicht zielführend

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5		

genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in		

Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	„versteht kein Mensch“

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur

ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Zu kompliziert
§ 4 Absatz 5	PatV	Zustimmung	Am verständlichsten formuliert

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	
§ 4 Absatz 6	PatV	**Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.**	Zusätzlich einfügen

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Formulierung
§ 5 Absatz 1	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 5 Absatz 2	PatV	keine	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Schließt geteilte Kassensitze aus

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV	keine	
	KBV/DKG	Zustimmung	
	PatV	Zustimmung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG	Zustimmung	
	(z.B. Nummer 4)	PatV	keine	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	**Unnötig kompliziert**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	**Ablehnung**	
§ 6		KBV/DKG/ PatV	**Zustimmung**	
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*Nummer 3-8*	GKV-SV/ PatV	**Zustimmung**	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Formulierung für die komplexen Aufgaben, realistischste Umsetzungsoption
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Formulierung für die komplexen Aufgaben, realistischste Umsetzungsoption
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	Zustimmung	
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	**Zustimmung**	**Wichtiger zusätzlicher Aspekt**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V. (bkj)
Wiesbaden, den 16.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	
§ 8 Absatz 1	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Ablehnung	
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Überweisungspflicht erschwert unnötig den Prozess und entmündigt fallführenden Behandler*in

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 8 Absatz 3	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	
§ 8 Absatz 5	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Einfachste Formulierung
§ 8 Absatz 6	PatV	Ablehnung	

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 9 Absatz 1	PatV	keine	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	keine	

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 9 Absatz 3	PatV	keine	

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 1	PatV	keine	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Konsistent im Zusammenhang
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	keine	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV	keine	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 4	PatV	Zustimmung	

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV		Ablehnung	
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG		Ablehnung	
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Zustimmung	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV	Ablehnung	Unnötig kompliziert
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV	Ablehnung	Unnötig kompliziert
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV	Ablehnung	Unnötig kompliziert

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Zustimmung	Einfachste Formulierung
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Ablehnung	

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Ablehnung	unnötig

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Version
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Beste Version – Verantwortung Krankenhaus
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	Übergabemanagement wichtig für Anschlussbehandlung in Verantwortung des Krankenhauses um nahtlose ambulante Versorgung zu garantieren

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Halbjährlich ist zu starr
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Sinnvollste Regelung
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung	

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV	Zustimmung	Klare Evaluationsziele benannt

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG	Ablehnung	Zu allgemein formuliert
§ 15	PatV	keine	

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V. (bkj)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Beschlussentwurf zur Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Sehr geehrte Frau Kleinert,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf Stellung beziehen zu dürfen.

Wir möchten uns in einer Rückmeldung auf § 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten beziehen und hervorheben, dass Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Sozialpädagogen/-pädagoginnen, Suchttherapeuten und -therapeutinnen maßgeblich an der Koordination der Versorgung von Abhängigkeitskranken zu beteiligen sind und einbezogen sein sollen. Eine Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten muss ebenfalls an diese Berufsgruppen erfolgen können.

Hamm, 13.10.2023

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung DPtV e.V.
12.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	**Änderungsvorschlag: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten und fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung.“**	**Die Versorgung im häuslichen Umfeld sollte explizit „gefördert“ werden- so wie von den PatV vorgeschlagen.**
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	**Ablehnung.**	**Pat., die im Rahmen dieser Richtlinie versorgt werden, sollten in der Lösung vom stationären Setting (dazu gehört auch die**

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				PIA), unterstützt werden und ihre Versorgung im ambulanten Setting erhalten. Psychiatrische Institutsambulanzen bieten in der Regel nicht die notwendige Behandlerkontinuiät (Schichtdienste der Mitarbeiter*innen- Urlaubszeiten etc.)

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	**Unterstützung:** **1.Der Altersbereich sollte auf 0- 21 Jahre festgelegt werden.**	**zu 1.: Soweit junge Patient*innen im Alter von 0- 21 Jahren die Kriterien der Einschreibung in die Komplexbehandlung erfüllen und von dem hier beschriebenen**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		2. Die Diagnosen des Kapitels F01- 99 sind einzubeziehen.	**Behandlungsangebot profitieren, ist Ihnen der Zugang zu gewähren. Eine Altersbegrenzung ist nicht gerechtfertigt.** **zu 2.: Sowohl die organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F 0 - ICD 10) wie auch die Intelligenzminderungen (F 7 - ICD 10) und die Entwicklungsstörungen in Kapitel F 80 bis F 83 - ICD 10 können einen komplexen Behandlungsbedarf auslösen und sind einzubeziehen. Gründe entsprechend erkrankte Pat. auszuschließen liegen nicht vor.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer		

großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	**Zustimmung.**	**Entscheidend für die Teilnahme an dieser Versorgung sollte der Kooperations- und Absprachebedarf verschiedener Professionen sein. Diese sind in § 4 Absatz 1 u. 4 gefasst. Zusätzlich ist Voraussetzung ein psychosozialer Interventionsbedarf. Die Definition der Fachgruppen und Inhalte ist i.d.R. ausreichend, um den Behandlungsbedarf von Kindern- und Jugendlichen mit schweren psychischen**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Störungen zu erfassen. Eine Erweiterung des Behandlerteams kann je nach Notwendigkeit vorgenommen werden- die Aufzählung ist nicht abschließend.
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	**Zustimmung.**	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer* ***[KBV/DK***	*KBV/DKG /PatV*	**Zustimmung: (10) Jugendämter und (11) öffentliche Gesundheitsdienste sowie (12) Einrichtungen der Jugendhilfe und (13) Schulen sollten zur Adressierung**	**Die genannten Institutionen können in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine wichtige Bedeutung einnehmen. Es dürfen keine Parallelstrukturen der Versorgung und**

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 3**]**	***G:** 10.]* ***[PatV:** 9.]*		**der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden.**	**Begleitung der Kinder und Jugendlichen entstehen, die im Rahmen dieser Richtlinie angesprochen werden- dem entsprechend sind sie zu beteiligen.**

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	**Zustimmung.**	**Ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten trägt zur Transparenz des Leistungsangebotes bei und erleichtert Patient*innen, Beteiligten und möglichen Kooperationspartnern den Zugang zu diesem Leistungsangebot.** **Auf die explizite Meldung im Einzelnen der Funktion als Bezugsärztin/Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut kann ressourcenschonend verzichtet werden. Diese Tätigkeit ergibt sich aus den Abrechnungsdaten.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	**Zustimmung.**	D**ie Fortführung bereits laufender Behandlungsmaßnahmen in Abstimmung mit dem Gesamtbehandlungsplan und unter Einbeziehung bei Fallbesprechungen ermöglicht Kontinuität der Behandlung dort wo diese das Behandlungsergebnis fördert.** **Die Möglichkeit der Weiterführung bestehender Behandlungen fördert die Akzeptanz bei Patient*innen hinsichtlich einer Überleitung in das Behandlungsangebot nach dieser Richtlinie.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der		

nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	**Ablehnung: Ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 durch Bezugsärztin/Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut ist nicht zwingend vorzugeben.**	**Bezugsärztin/Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychother-apeut entscheiden je nach Unterstützungsbedarf, welche koordinierenden Aufgaben anfallen und gegebenenfalls delegiert werden können. Vorhandenes Personal sollte ressourcensparend eingesetzt werden können. Ein zwingender Kooperationsvertag mit einer koordinierenden Person hingegen stellt einen erheblichen bürokratischen Aufwand, zusätzliche Kosten und damit ein erhebliches Hemmnis für viele Praxen dar.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung		

vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	**Ablehnung: siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)**	**Siehe Begründung zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt		

therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	**Ablehnung: zur Koordination siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)**	**Siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	**Ablehnung: siehe § 4 Absatz 7 (KBV/DKG)**	**Siehe § 4 Absatz 7 (KBV/DKG)**
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	**Zustimmung.**	**Die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie muss bei den Bezugsärzt*innen/Bezugspschotherapeut*innen liegen. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für die Behandlung nach dieser Richtlinie. Sie verantworten den Gesamtbehandlungsplan und sorgen für das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.**
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist,*

Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.		*dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	**Die Voraussetzung eines vollen Versorgungsauftrages zur Teilnahme als Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt. Ausreichend ist ein halber Versorgungsauftrag.**	**Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen über eine Zulassung zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung und kommen den damit verbundenen Aufgaben vollumfänglich nach, unabhängig vom Umfang der Zulassung. Sie richten ihre Tätigkeit nach den Notwendigkeiten der Versorgung aus und organisieren sich in Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen oder in Angestelltenverhältnissen. Ein Ausschluss als Bezugsbehandler ist in keiner Weise gerechtfertigt.** **Der Ausschluss von Behandler*innen mit halben Zulassungen als Bezugsbehandler*innen hat einen Bruch in der Behandlungskontinuität für alle Patient*innen zur Folge, die bei Ärzt*innen**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			oder Psychotherapeut*innen bereits in Behandlung sind, sobald sie an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen. Diese Kontinuität ist jedoch für die hier adressierten Patient*innen von erheblicher Bedeutung. **Bereits die KSVPsych-Rl. Erwachsene zeigt, dass die Bedingung des vollen Versorgungsauftrages- über den derzeit bundesweit nur noch 40% der Psychotherapeut*innen verfügen, erheblich hemmend auf die Umsetzung der Richtlinie auswirkt. Dieser Fehler sollte hier nicht wiederholt werden.**
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	**Zustimmung: Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3**	**Die Delegation an eine koordinierende Person ist nicht standartmäßig vorzusehen.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet:		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer

(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)		psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des	

	Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	**Zustimmung.**	**Die Festlegung der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde und damit im Anschluss an die diagnostische Abklärung. Diese Überlegung und Entscheidung gliedert sich damit ein in die Überlegungen zum Diagnose gestützten Gesamtbehandlungsplan- das ist sachgerecht und fundiert an dieser Stelle zu leisten.**
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten		

1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	**Der folgende Regelungsvorschlag des GKV-SV wird abgelehnt:** **„Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten** **1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,** **2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder** **3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.“**	**Durch die Bildung von patientenbezogenen Behandlerteams aus mindestens einer Leistungserbringerin/einem Leistungserbringer nach § 4 Abs. 1 Nummer 1 oder 3 und 2 oder 4 ist eine ausreichende somatische Abklärung und Begleitbehandlung gewährleistet.** **Leitungserbringer nach § 4 Absatz 2 und 4 sind befugt, die unter § 5 Abs. 1 dieser Richtlinie genannten Patient*innen zu behandeln. Die somatische Mitbehandlung bei einer Psychotherapie wird schon jetzt soweit notwendig von entsprechenden Fachärzt*innen durchgeführt. Patient*innen verlassen sich auf diese Arbeitsteilung.** **Die somatische Abklärung und Einbeziehung der Befunde ist in der psychotherapeutischen Regelversorgung durch das Konsiliarverfahren geregelt und gehört zu den Sorgfaltspflichten in der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeuten-kammer.**

				Der Erzwungene Wechsel in der verantwortlichen Behandlungsleitung gefährdet das Vertrauensverhältnis zu den Patient*innen, die Behandlungskontinuität und den Behandlungserfolg begonnener psychotherapeutischer Maßnahmen. Er beschneidet die Leitungserbringer nach § 4 Absatz 2 und 4 in ihrer Handlungskompetenz und -Befugnis.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit		

zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	**Ablehnung: Eine Fachärztin oder ein Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeut der an einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA) tätig ist, sollte nicht als Bezugsärztin/Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut im Rahmen dieser Richtlinie tätig werden.**	**Die notwendige Verlässlichkeit in der Erreichbarkeit der genannten Fachgruppen nach § 4 Absatz 1, Nummer 1- 4 kann an einer PIA nicht gewährleistet werden. Kolleg*innen die dort tätig sind, werden auch im stationären Setting eingesetzt und sind in Schichtdiensten tätig. Auch fehlt es an Kenntnissen über und notwendigen Vernetzungen zu den kooperierenden Leistungserbringern wie ambulant tätigen fachärztlichen und psychotherapeutischen sowie nichtärztlichen Fachgruppen sowie den nicht SGB V Leistungserbringern.** **Die zeitlich parallele Inanspruchnahme stationärer (an einer PIA) Leistungen und Vertragsärztlicher bzw. Vertragspsychotherapeutischer ambulanter Leistungen ist derzeit nicht ausreichend möglich.** **Patient*innen die innerhalb dieser Richtlinie versorgt werden, sollen eine explizit ambulante Leistung erhalten. Die Anbindung der Patient*innen an den stationären Sektor wäre hinsichtlich der angestrebten Autonomieentwicklung der Pat. kontraproduktiv.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach §	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.

	4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung: siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)**	**Siehe Begründung zu § 4 Absatz 5 (GKV-SV)**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Ablehnung § 7 Abs. 2 Nr. 1d: **„d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nr. 5b zu verwenden. „**	**Die Einführung eines zusätzlichen Dokumentes schafft neue Bürokratie, erzeugt Kosten und Aufwand für die Praxen. Es sollte geprüft werden, ob die Informationen für den GKV- SV notwendig sind und ob die Informationen nicht bereits auf anderem Wege (Abrechnungsdaten) übermittelt werden.**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung DPtV e.V.
12.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	**Zustimmung.**	**Der Zugang sollte niedrigschwellig gestaltet werden und den Patient*innen direkt gewährt werden. In der Eingangssprechstunde findet die differentialdiagnostische Abklärung statt. Hier wird der Behandlungsbedarf festgestellt und gegebenenfalls die weitere Maßnahme eingeleitet. Das kann die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sein oder auch eine andere Behandlungsform bedeuten.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	**Zustimmung.**	**Bei der Empfehlung zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie, sind zumindest die Fachgruppen und Institutionen einzubeziehen, die in die Versorgung nach dieser Richtlinie involviert werden können und damit Kenntnis über diese Versorgungsform mitbringen. Das sind Ärztinnen und Ärzten, als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2.**
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**

[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die

oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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,	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 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		informieren, insbesondere allgemein über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	**Zustimmung.**	**Die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten sind den Vertragsärzt*innen und**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Vertragspsychotherapeut*innen bekannt und bedürfen keiner ausführlichen Erläuterung in dieser Richtlinie.
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG		**Zustimmung.**	**Die Entscheidung über der Unterstützung bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 durch einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 sollte unbedingt durch die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut individuelle und je nach Behandlungsverlauf entschieden werden.** **So kann die „Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes“ (§ 7 Abs. 2 Nr. 4 a) für sozial ängstliche Patient*innen**

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				einen übenden Charakter haben. In diesem Fall ist eine qualifiziert therapeutisch begleitete Terminvereinbarung Teil der Behandlung. **Das „Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld“ (§ 7 Abs. 2, Nr. 4 b), kann wichtige diagnostische Hinweise liefern oder das Vertrauen und die Compliance für die weitere Versorgung nach dieser Richtlinie erheblich fördern- soweit sie von der Bezugsbehandlerin /dem Bezugsbehandler als psychotherapeutische Maßnahme im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes durchgeführt wird.** **Auch „das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten so wie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen“ (§ 7 Abs. 2, Nr. 4 c) stellt in der Regel eine psychotherapeutisch anspruchsvolle Tätigkeit dar, die mit entsprechender Qualifikation Teil der Psychotherapie ist.** **Es handelt sich, bei den in § 7 Abs. 2, Nr. 4 beschriebenen Koordinierungsaufgaben je nach Einzelfall nicht immer um administrative oder delegierbare Leistungen sondern häufig um psychotherapeutische Leistungen- dieses zu**

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				entscheiden ist Aufgabe der Beszugsbehandler*innen.
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung		oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV	**Zustimmung.**	**Die konkreten Hinweise zum Einsatz von Telemedizin insbesondere in der Kommunikation der beteiligten Leistungserbringer stellen wichtige Hinweise zur Umsetzung der Versorgung nach dieser Richtlinie dar. Der Bezug zum BMV ist folgerichtig, da hier die qualitativen Anforderungen beschrieben sind.**

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	**Zustimmung.**	
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, DPtV e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Diese Position wird unterstützt. Eine Altersbegrenzung (vollendetes 3. Lebensjahr) ist nicht sinnvoll, da bereits vorher krankheitswertige Störungen auftreten können.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Diese Position wird unterstützt, da hierdurch eine genauere Definition und Integrationsstellung der entsprechenden Patientengruppe gewährleistet ist. Die Position des GKV-SV ist in der Alltagsumsetzung zu bürokratisch und kompliziert.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn		

1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(5)*	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV	Die Position des GKV-SV wird unterstützt. Es ist sinnvoll, Bezugsärztin/ Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin/ Bezugspsychotherapeut möglichst von formalen/organisatorischen Aufgaben zu entlasten.	
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Forderung einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ersatzlos zu streichen. Begründung: Im Punkt 4 ist bereits die Berufsgruppe der „ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ mit der fachlichen Befähigung entsprechend der Psychotherapievereinbarung als teilnahmeberechtigte Leistungserbringerin und Leistungserbringer inkludiert. Daraus folgt zwingend, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die gemäß der Psychotherapievereinbarung über die fachliche Befähigung zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen verfügen, keine mindestens 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie absolvieren müssen. Sonst würden sich diese beiden Punkte widersprechen. Ferner sei angeführt, dass es für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Altersbegrenzung gibt. Gemäß der Weiterbildungsordnung ist der Facharztgruppe des Gebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen möglich, hierüber liegt ein Schreiben der Bundesärztekammer vom 24.03.2015 vor. Darüber hinaus würde auch eine Benachteiligung zu Punkt 2 (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen und –	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche) bestehen, da für diese Berufsgruppe ebenso keine 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert ist. Es gibt bereits jetzt zahlreiche psychosomatische Kliniken mit eigenständiger Abteilung für Kinder- und Jugendliche und junge Erwachsene, d. h. die entsprechende Expertise kann auch in diesen Kliniken erworben werden.	
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4	

	genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,	

	2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.

		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den	

	Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die	

	Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Die Position des GKV-SV wird darin unterstützt, dass die Kooperationsverträge durch die KVen zu prüfen sind. Eine solche Regelung sichert die Qualität des Vorgehens gemäß der Richtlinie.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der		

Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm

		betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Die Position des GKV-SV wird unterstützt, die Bezugsarzt/-psychotherapeuten-Funktion an einen vollen Versorgungsauftrag zu binden, da so die Verfügbarkeit für die Erfüllung der Aufgabe gesichert werden kann.	
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Die Angabe „gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an“ muss differenziert werden; Insbesondere bei erheblicher somatischer (Ko-) Morbidität, muss die bezugsärztliche Aufgabe in ärztlicher Hand bleiben (entsprechend dem Vorschlag des GKV-SV §5(1).	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2, Fortsetzung	GKV-SV	Es wird die Position des Facharztstandards in den PIAs unterstützt	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und	

	Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Die Festlegung im Anschluss an die Eingangssprechstunde vornehmen zu wollen erlaubt es nicht, eine notwendige multiprofessionelle Diagnostik zur Grundlage der Entscheidung über die Rolle des/der Bezugsarztes/-ärztin/-therapeut/thrapeutin. zu treffen. Hier sollte etwas mehr Raum gegeben werden, bspw. durch die Festlegung „im Anschluss an die teamorientierte Fallbesprechung nach der Eingangssprechstunde“	
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder		

3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z1)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Die Bindung an die fachärztliche Qualifikation wird unterstützt.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Ein voller Versorgungsauftrag sollte gefordert werden.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**]** **[KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**]** **[KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		

	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*1)*	GKV-SV	Die Übernahme von formalen und koordinierenden Tätigkeiten durch die nichtärztliche Person ist zu unterstützen, um die bezugsärztliche Funktion nicht mit Koordinationsaufgaben zu überfrachten.	
	(z2)	KBV/DKG	Ein Bezugsarzt/ -ärztin kann die **Einleitung** einer Behandlung nicht verantworten, da dies vielfach nicht in seiner/ihrer Hand liegt, ob Behandlung tatsächlich zustande kommt. Von **Anbahnung** zu sprechen, ist realistischer	
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9,	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen

a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen	2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich,	Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

sowie den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige	d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung	

Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen.	unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und	

b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich; 6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des

		Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM)

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Überweisung oder Empfehlung ist sinnvoll, um Koordination mit Niedergelassenen zu gewährleisten.	
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) *(weitgehend wie PatV)* Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten.	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 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	einwilligungsunfähigen Patientinnen und 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
oder relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten einzuholen.		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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft. Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV	Die Formulierung: „Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.“ ist in der Versorgungspraxis nicht realistisch umsetzbar.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt), 4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Eine differenzierte Darstellung der Inhalte des Gesamtbehandlungsplans durch die PatV wird unterstützt.	
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur		

Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV		Die Formulierung der GKV-SV wird unterstützt.	
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**]** **[PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Die Formulierung des GKV-SV wird unterstützt.	
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer psychiatrischen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Notwendige Ergänzung, dass die PIA dem Netzwerk angehört.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	10 Werktage sind realistischer als 7 Werktage	
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV	Die Festlegung auf eine halbjährliche Revision erscheint nicht zielführend. Es sollte von „regelmäßig, mindestens halbjährlich“ gesprochen werden.	
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG	Hier fehlt der Hinweis auf mögliche unerwünschte Ergebnisse	
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Wir nehmen teil.**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
(z.B. GKV-SV)	

* Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

A. **Allgemeines**

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(1) **Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(2) **Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:**		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		**5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.**

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.] [PatV: 8.] Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 [GKV-SV/KBV/ DKG: Nummer 7] [PatV: Nummer 8]	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) **Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:**		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	**(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Diese Position wird unterstützt. Eine Altersbegrenzung (vollendetes 3. Lebensjahr) ist nicht sinnvoll, da bereits vorher krankheitswertige Störungen auftreten können.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	**(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Diese Position wird unterstützt, da hierdurch eine genauere Definition und Integrationsstellung der entsprechenden Patientengruppe gewährleistet ist. Die Position des GKV-SV ist in der Alltagsumsetzung zu bürokratisch und kompliziert.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn		

1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, **2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und** **3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS** **gegeben sind.**		

Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	**(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist.**	**(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: **1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten.** **2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen.** **3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen.**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch [KBV/DKG/PatV: und koordiniert die weitere Transition]. **5. [GKV-SV: Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV: Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.]** **Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein [KBV/DKG/PatV: patientenbezogener oder patientenübergreifender] strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen [GKV-SV/KBV/DKG: .] [PatV: oder **5.** Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, **6.** nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V.]		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Forderung einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ersatzlos zu streichen. Begründung: Im Punkt 4 ist bereits die Berufsgruppe der „ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ mit der fachlichen Befähigung entsprechend der Psychotherapievereinbarung als teilnahmeberechtigte Leistungserbringerin und Leistungserbringer inkludiert. Daraus folgt zwingend, dass auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die gemäß der Psychotherapievereinbarung über die fachliche Befähigung zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen verfügen, keine mindestens 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie absolvieren müssen. Sonst würden sich diese beiden Punkte widersprechen. Ferner sei angeführt, dass es für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie keine Altersbegrenzung gibt. Gemäß der Weiterbildungsordnung ist der Facharztgruppe des Gebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen möglich, hierüber liegt ein Schreiben der Bundesärztekammer vom 24.03.2015 vor. Darüber hinaus würde auch eine Benachteiligung zu Punkt 2 (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche) bestehen, da für diese Berufsgruppe ebenso keine 2-jährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert ist. Es gibt bereits jetzt zahlreiche psychosomatische Kliniken mit eigenständiger Abteilung für Kinder- und Jugendliche und junge Erwachsene, d. h. die entsprechende Expertise kann auch in diesen Kliniken erworben werden.	
§ 4 Absatz 1	*(Nummer 6)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	Hier ist zu ergänzen, dass auch die Psychosomatischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V integriert werden.	

* Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: **1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung,** **2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V**	***(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)*** ***(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:***	**(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein:** **1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V**

3. **eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.**	***1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*** ***2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V*** ***3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.***	**2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben** **3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser** **4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung.** **Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden**

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

* Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in	

	Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: **1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen**	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, **2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V** **3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.**	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

*Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)] [KBV/DKG: (5)] Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		**(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. **Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,** 2. **Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,** 3. **Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,** 4. **zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung], **[GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,** **[GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]		
	[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11] [PatV: 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	**11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)**
	13. Schulen	**12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie**

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 [GKV-SV: Absatz 3] [KBV/DKG: Absatz 5]		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 [GKV-SV: Absatz 3] [KBV/DKG: Absatz 5] [PatV: Absatz 3]	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 [GKV-SV: Absatz 3] [KBV/DKG: Absatz 5]	*(z.B. Nummer [KBV/DKG*	*KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 3]	*: 10.] [PatV: 9.]*			

*Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)] [KBV/DKG: (6)] [PatV: (4)] Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 [GKV-SV: Absatz 4] [KBV/DKG: Absatz 6] [PatV: Absatz 4]	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die	

	bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als		

Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine		

bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines		

Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**

(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		**(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	***(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)*** ***Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.***	**(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	**((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,**	**(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein**
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan [KBV/DKG: entsprechende] [GKV-SV/PatV: entsprechendes] Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	**(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3**	***(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)*** ***Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.***

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: ***(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)***		**(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	[KBV/DKG: (3) PatV: (2)] Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 [DKG/KBV: Absatz 3] beteiligten Leistungserbringer legen [PatV: zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie] jeweils [KBV/DKG: patientenindividuell] [PatV: fallbezogen] fest, wer die [KBV/DKG: Rolle] [PatV: Aufgabe] der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. [KBV/DKG: Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.]	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten **1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,** **2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder** **3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz		

für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)] [KBV/DKG/PatV: (4)] Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 [KBV/DKG, PatV: auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung] erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten [KBV/DKG: zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1] ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten [PatV: und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität] sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 [GKV-SV: Absatz 3] [KBV/DKG/ PatV: Absatz 4]	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV: (4)] [KBV/DKG/PatV: (5)] Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für</td></tr>
<tr><td>1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</td><td colspan="2">1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. die unverzügliche [GKV-SV, PatV: Einleitung] [KBV/DKG: Anbahnung] einer ambulanten oder stationären Behandlung,</td></tr>
<tr><td colspan="3">3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td>4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,</td><td>4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.</td></tr>
<tr><td></td><td>5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.</td><td></td></tr>
</table>

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 [GKV-SV: (4)] [KBV/DKG/ PatV: (5)]	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)] Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann [GKV-SV: nur] [KBV/DKG/PatV: unterstützend auch] durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: **1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,** **2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,**		

3. **Medizinische Fachangestellte,**
4. **Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,**
5. **Pflegefachpersonen,**
6. **Psychologinnen und Psychologen,**
7. **Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,**
8. **Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.**

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 [GKV-SV/PatV: Nummer 3 - 8] ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 [GKV-SV: Absatz 2] [KBV/DKG/ PatV: einziger Absatz]	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von	**(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie:** **1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel**	**(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete**

Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. **1. Patientenaufnahme** **a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten.** **b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der**	**innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9,** **2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde,** **3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10,** **4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben:** **a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes,** **b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem**	**nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.**

psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. **c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden.** **d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische**	**häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,** **c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich,** **d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue,** **e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten,** **5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies**	

Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. **2. Koordination der Versorgung** **Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen.** **3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans** **In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen;**	**erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil.** **6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld,** **7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5.**	

Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. **4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen** **Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.** **5. Verlaufskontrolle** **a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen.** **b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der**	**8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden.** **9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden.** **10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.**	

zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: **1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8;** **2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1);** **3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2;** **4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10;** **5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;**

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 3	KBV/DKG		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)

B. **Patientenversorgung**

§ 8 Zugang

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) ***(weitgehend wie PatV)*** **Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.**		**(1)** ***(weitgehend wie GKV-SV)*** **Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) ***(wie PatV)*** **Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind,**	**(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.**	**(2)** ***(wie GKV-SV)*** **Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.		**Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Diese Position wird ausdrücklich unterstützt, dass keine Überweisung notwendig ist.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	**(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.**	**(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, PatV: (4)] [KBV/DKG: (2)] Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [KBV/DKG/PatV: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 [GKV-SV/PatV: Absatz 4] [KBV/DKG: Absatz 2]	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		**(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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**	**(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.**	**(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern.** **Auf Basis des Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. **Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 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.**		**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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) **Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.**	**(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.**
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der	**(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.**	**(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft. Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)] [GKV-SV: weiter zu (3)] Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	**(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.**	**(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	**(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung [PatV: und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1] wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten [PatV: und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld] ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.**	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der	**Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der**	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	**Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	**(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.**	**(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens** **1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2,** **2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie,** **3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, **5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.**

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer [PatV: gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2] verbindlich. [KBV/DKG: Während der		

Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.] Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans [GKV-SV/KBV/DKG: ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend]. [PatV: Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.] [GKV-SV: Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.]

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	**(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.**	**(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2:** **1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern,** **2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie** **3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Therapeutinnen und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		**(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. **(3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen.** **(4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen**		**Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2** **1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4,** **2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4,** **3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4,** **4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. **(5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen.** **(6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.**		**5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue,** **6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld,** **7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	**Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um [PatV: sowohl] die Versorgung [PatV: der Patientin oder des Patienten] nach dieser Richtlinie [KBV/DKG: und] [PatV: als auch] die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)] [PatV: (3)] Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	**Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet [PatV: zeitnah] [KBV/DKG: möglichst innerhalb von 10 Werktagen] nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. [PatV: Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem	(3) **Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.**	**(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		**Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

[GKV-SV, KBV/DKG: (4)] [PatV: (5)] Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 [GKV-SV/KBV/DKG: Absatz 4] [PatV: Absatz 5]	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)] [PatV: (6)] Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß [GKV-SV: § 4 Absatz 8] [KBV/DKG: § 4 Absatz 7] [PatV: § 4 Absatz 5] Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 [GKV-SV/KBV/DKG: Absatz 5] [PatV: Absatz 6]	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie [GKV-SV: ist halbjährlich] [KBV/DKG, PatV: ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs] durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten [GKV-SV: nach § 5 Absatz 1] zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)] [PatV: (3)] Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. **Evaluation**

§ 15 Evaluation

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	**Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.**	**(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen eventuell teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
	Die DVSG begrüßt ausdrücklich die Initiative einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung für psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche. Aus Sicht der DVSG sollte in die Richtlinie an unterschiedlichen Stellen die Sozialgesetzbuchübergreifende Denklogik durch erweiterte Formulierungen unterstrichen werden, um diese Verflechtung bedarfsbezogen zu realisieren.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die DVSG begrüßt, dass bereits in der vorgeschlagenen Formulierung eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit angestrebt werden soll. Allerdings sieht die DVSG einen Bedarf für eine verbindliche Formulierung, um die Sozialgesetzbuch übergreifende Denklogik und Interdisziplinarität zur Entfaltung zu bringen. Konkreter Formulierungsvorschlag: Die Regelungen sehen ausdrücklich ~~zudem~~ eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs wie insbesondere SGB VIII und SGB IX) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie	Um die Sozialgesetzbuch übergreifende Denklogik und Interdisziplinarität zur Entfaltung zu bringen, bedarf es – auch im SGB V und in dieser Richtlinie – Formulierungen, die verbindlich die Kooperationen und die Vernetzung im Einzelfall und Einzelfall übergreifend erwarten und fördern. Die vorgeschlagene Formulierungsänderung bringt den verbindlichen Charakter zum Ausdruck, indem anstelle von „streben … an…“ (als Absichtserklärung) die Wortwahl „sehen ausdrücklich …. vor“ gewählt werden sollte.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		weitere relevanter Akteurinnen und Akteure von Unterstützungssystemen vor.	Die ergänzende explizite Nennung der Sozialgesetzbücher VIII und IX sowie der weiteren relevanten Akteur*innen zusätzlich zu den Akteur*innen des SGB V soll den Blick richten auf die wesentlichen bekannten zu überwindenden bisherigen Systemgrenzen. Insbesondere die öffentliche Jugendhilfe als Rehabilitationsträger im Sinne des § 35a SGB VIII ist sektorenübergreifend in den Blick zu nehmen. Gerade an der Verbindungsstelle zum SGB VIII und seinen Akteur*innen sowie zur Eingliederungshilfe entstehen im Zusammenspiel der Systeme Jugendhilfe und dem vorwiegend biomedizinisch ausgerichteten Behandlungssystem in der SGB V - Logik häufig große Reibungsverluste. Die explizite Verknüpfung mit der Teilhabeförderung entsprechend des SGB IX könnte mit der Nennung im Text der Richtlinie die Berücksichtigung stärken. Die bisherige zu starke Begrenzung auf das SGB V geht zu Lasten der betreffenden psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und muss zielgerichtet und mit Stringenz erweitert werden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*Nummer 1*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die gewählte Eingrenzung sollte erweitert werden um Partnerinnen und Partner, insbesondere um den Lebensweltbezug der Personen im Punkt Beziehungen gerecht zu werden: Formulierungsvorschlag: Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen, vor allem bei volljährigen Personen Partnerinnen und Partner sowie Sorgeberechtigten.	An dieser Stelle ist die Eingrenzung und Spezifizierung mit der bisherigen Wortwahl ‚insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten' aus Sicht der DVSG vor allem bei volljährigen Personen nicht angemessen, denn diese Formulierung berücksichtigt Partnerinnen und Partner der jungen Erwachsenen bisher nicht.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*Nummer 4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die DVSG begrüßt die explizite Benennung der Beteiligung von Kindern/Jugendlichen; dies stellt sicher, dass vereinbarte Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses Entsprechung finden in einzelnen Richtlinien und gewährleistet damit die Verpflichtung zur Umsetzung.	Der partizipative Ansatz ist im Sinne der Selbstbestimmung und Teilhabeförderung wichtig herauszustellen. Auch beispielsweise in der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess ist in § 4 Absatz 5 die Beteiligung der Leistungsberechtigten benannt „Grundsätze zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses (…) (5) In allen Phasen des Rehabilitationsprozesses ist die Beteiligung und Mitbestimmung des Menschen mit Behinderung unter Berücksichtigung seiner Kompetenzen sicherzustellen“. In der Umsetzung bedarf es dafür allerdings auch funktionierender Strukturen der Interessensvertretung, Selbsthilfe und der Einbeziehung der anwaltschaftlichen Vertretung (z. B. durch Soziale Arbeit in Bereichen des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens).

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Redaktionelle Anmerkung: Sollte diese Formulierung gewählt werden, müsste an einer Stelle die weibliche Schreibweise gewählt werden: ….. ebenso wie eine vom Bedarf der Patientin oder des Patienten ….	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Die DVSG befürwortet den ergänzenden Formulierungsvorschlag der PatV zu § 1 Absatz 2 Ziffer 7.	Die gleichzeitige Erbringung von Leistungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Leistungserbringer*innen ist bei Vorliegen der Voraussetzungen sinnvoll und zu ermöglichen. Dies trifft insbesondere in der Übergangszeit nach einer stationären

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				Behandlung zu oder auch zur Vermeidung eines stationären Aufenthalts. In der Formulierung und Umsetzung der Richtlinie ist zu prüfen, inwieweit die Akteur*innen mit Vereinbarungen gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) zusätzlich benannt werden sollten, um Verbindungen zu ermöglichen und zu unterstützen.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	An dieser Stelle schlägt die DVSG anstelle des Terminus ‚weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme' vor, weitere SGB-übergreifende Hilfe- und Unterstützungssysteme zu wählen, um den Blick über das SGB V hinaus zu unterstützen. Vorschlag: Dabei sind weitere SGB-übergreifende Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.	Die Chance und Erforderlichkeit zur SGB-übergreifenden Kooperation, Vernetzung und Leistungserschließung ist durch konkrete Formulierungen in der Richtlinie kenntlich zu machen und zu fördern. Ein Beispiel für eine bekannte Schnittstelle in der Transition Jugendliche*r/Erwachsene*r ist der § 41 SGB VIII. Wenn und solange die Persönlichkeitsentwicklung der jungen Volljährigen eine selbstbestimmte, eigenverantwortliche und selbständige Lebensführung nicht gewährleistet, erhalten sie geeignete und notwendige Hilfe nach dieser Rechtsgrundlage. Die fallbezogene übergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung ist zur Unterstützung und für den Erfolg der Maßnahmen eine Voraussetzung.

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	An dieser Stelle schlägt die DVSG vor, den SGB-übergreifenden Fokus zu ergänzen. Formulierungsvorschlag zu 6.: sektoren-, SGB- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen	Um den Blick über das SGB V hinaus zu unterstützen, sollte der Terminus SGB-übergreifend explizit benannt werden. Denn beispielsweise die Anspruchsvoraussetzungen und die Leistungserschließung nach den Sozialgesetzbüchern VIII und IX sind für die

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				gelungene Partizipation und Teilhabeverwirklichung von entscheidender Bedeutung. Dies würde die Einbeziehung der Perspektive der Sozialen Arbeit stützen, die eine bedeutende Akteur*in im Sozial- und Gesundheitswesen mit Blick auf die Befähigung, Leistungserschließung sowie Navigation ist.
§ 1 Absatz 3	Nummer 7	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Der Übergang Kind/Jugendliche*r/Erwachsene*r sollte – auch wenn dieser im Folgenden Berücksichtigung erhält – in dieser Aufzählung der Maßnahmen nicht fehlen. Änderungsvorschlag: 7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sowie zwischen den Altersphasen Kind/Jugendliche*r/Erwachsene*r	Bei der Transition Kind/Jugendliche*r/Erwachsene*r ist die Gefahr einer mangelnden Verzahnung der Hilfesysteme gegeben; deshalb sollte der Fokus auf Maßnahmen auch an dieser Stelle in der Richtlinie gerichtet werden, die den Übergang erleichtern (SGB-übergreifend, Bezugspersonenprinzip berücksichtigend).

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Die DVSG unterstützt Formulierung der PatV	Für die DVSG ist kein Grund ersichtlich und nachvollziehbar, warum Kinder unter 3 Jahren an dieser Stelle ausgeschlossen werden sollen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Die DVSG unterstützt Formulierung der KBV/DKG/PatV	Bei der vorgeschlagenen Formulierung sind auch Kinder von unter 3 Jahren inkludiert. Eine Verknüpfung mit den ‚Frühen Hilfen' ist bedarfsbezogen erforderlich.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10" (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Die DVSG stimmt der vorgeschlagenen Formulierung zu.	Die von KBV/DKG/PatV gewählte Formulierung ist die einfachere und stimmigere Zuordnung. Der Textvorschlag der GKV schließt zu viele Personen aus, die von

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			der Richtlinie profitieren können/sollen, nur weil sie keine problematischen psychosozialen Umstände aufweisen.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS, wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und		

3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Die DVSG stimmt dieser Engführung in der vorgeschlagenen Form nicht zu.	Diese Formulierung ist zu eng gefasst. Die Verknüpfung von mindestens zwei psychosozialen Umständen und mindestens einer ernsthaften sozialen Beeinträchtigung ist in der Form nicht ausreichend und untergräbt die Chancen, die in der Entfaltung der Richtlinie für die Zielgruppe liegt.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV	Dieser Formulierung stimmt die DVSG zu.	Die Bereiche der Krankenbehandlung sowie der psychosozialen Aspekte und Leistungen sind gleichberechtigt zu sehen; dieser bio-psycho-soziale Blick und die Handelnden Expert*innen/Akteur*innen erfordern bereits eine übergreifende Abstimmung, da unterschiedliche

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Sozialgesetzbücher, Berufsgruppen sowie Bedarfe gegeben sind.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Bevorzugung der Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene ist aus Sicht der DVSG nicht nachvollziehbar und missachtet die bedarfs- und personenbezogene Perspektive. Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, welche vergleichbaren Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene oder Kinder/Jugendliche dem Entwicklungsstand der Person entsprechend geeigneter sind. ~~Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.~~	Diese bei der vorgeschlagenen Formulierung benannte Zielrichtung, dass in der Regel die ‚Erwachsenenstruktur' zu wählen ist, weist eine Ausrichtung nach dem Sozialsystem auf. Das ist nicht nachvollziehbar. Der Bedarf und die Erforderlichkeit der Interventionen sollten im Vordergrund stehen. Entsprechend sollte der Fokus sein, welches Versorgungssystem dem Entwicklungsstand des Jugendlichen/jungen Erwachsenen angemessener ist.

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	Nummer 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die ergänzende Formulierung wird vorgeschlagen von der DVSG, um explizit den Fokus berufs- und SGB-übergreifend zu fördern. Die Transition ist multidisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante SGB-übergreifende Akteur*innen werden in Fallbesprechungen einbezogen.	Besonders wichtig, um das Gelingen der Richtlinie zu unterstützen, ist an dieser Stelle, dass die Formulierung sich nicht nur auf Leistungserbringer*innen (hier Fachärzt*innen, Psychotherapeut*innen) beschränkt, sondern auch SGB – übergreifend Akteur*innen aus anderen Hilfesystemen und Berufsgruppen (wie Sozial- und Gesundheitsberufe) ermöglicht.
	Nummer 5	GKV-SV	Die DVSG stimmt dieser vorgeschlagenen Formulierung zu: Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 Nr. 4 koordiniert	Bei der Transition bedarf es der Expertise der Sozialen Arbeit und eine gute Vernetzung mit der öffentlichen Jugendhilfe und anderen Rehabilitationsträgern nach dem SGB IX, weshalb aus dem Personenkreis des § 6 vor allem die Vertreter*innen der Sozialen Arbeit für die Koordination der Transition prädestiniert sind.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die DVSG begrüßt ausdrücklich, dass an dieser Stelle die breite beispielhafte Nennung SGB-übergreifend eingefügt werden soll.	Das interdisziplinäre Akteur*innenteam wird gerade bei der Orientierung am bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell und den Bedarfen der Person in ihrer Lebenswelt im Bereich der Kinder-/Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe, der Krankenbehandlung sowie der Rehabilitation und Teilhabe besonders mit der Expertise der Sozialen Arbeit komplettiert. Eine gute Vernetzung mit der öffentlichen Jugendhilfe ist für Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen gegeben, weshalb aus dem Personenkreis des § 6 vor allem die Vertreter*innen der Sozialen Arbeit für die Koordination der Transition prädestiniert sind.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Die DVSG hält die Ergänzung ‚patientenbezogener oder patientenübergreifender' für sinnvoll und unterstützt diesen Vorschlag.	Die Ergänzung stützt den Gedanken und die Zielrichtung, dass ein strukturierter Austausch im Sinne einer systematischen Kooperation und Vernetzung Fallbezogen sowie Einzelfall übergreifend erforderlich ist. Dem strukturierten Austausch zwischen Akteur*innen ist als Qualitätsmerkmal konsequent Ausdruck zu verleihen, damit alle Bemühungen zur Realisierung im Sinne einer Perspektiverweiterung, Vermeidung von Reibungsverlusten sowie effektiven und bedarfsbezogenen Zusammenarbeit Einzelfallübergreifend und Einzelfallbezogen stattfinden kann. Eine nahtlose Leistungserbringung, die den Menschen mit Hilfe- und Unterstützung in den Vordergrund stellt, und nicht das Hilfe- und Unterstützungssystem, setzt ein funktionierendes SGB-übergreifendes System voraus. In der Praxis sind jedoch die SGB-übergreifenden Austauschgelegenheiten, die auch Sozial- und Gesundheitswesen übergreifend

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			ausgereichtet sind und Akteur*innen der Leistungserbringer*innen, Leistungsträger*innen und Leistungsberechtigte einbeziehen eine Herausforderung für alle Beteiligten. In Gemeinsamen Empfehlungen ist die strukturierte Zusammenarbeit z. B. in der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste benannt. Es braucht in gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene Entsprechungen, um den strukturierten Austausch zu fördern.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nummer 5*	PatV	Die DVSG stützt die Formulierung zu 5.: 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V,	Sozialpädiatrische Zentren sind als Akteur*innen gerade zur Sicherstellung einer nahtlosen Unterstützung, der Überwindung von Sektorengrenzen und zur Gewährleistung der interdisziplinären fachlichen Expertise als Akteur*in zu beteiligen.
§ 4 Absatz 1	*Nummer 6*	*PatV*	Die DVSG stützt die Formulierung zu 6.: 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V.	Nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V sollten unbedingt teilnahmeberechtigt sein, zumal sie in ländlichen, unterversorgten Sozialräumen oft die einzigen Anbieter*innen sind. Zur Förderung der berufsgruppen- und sektorenübergreifenden nahtlosen Hilfegewährung ist die Einbeziehung erforderlich.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt

		werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2		GKV-SV/KBV/DKG/PatV	In der einzelnen Nennung sollte explizit die Soziotherapie als einzelne Ziffer (nach der Benennung der Therapeut*innen) oder bei der Ziffer zur Nennung der Therapeut*innen ergänzt werden. Diese wurde in den unterschiedlichen Formulierungsvorschlägen außer Acht gelassen. Ergänzungsvorschlag: Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Soziotherapie gemäß § 37a SGB V	Die Leistungserbringer*innen der Soziotherapie sind an der Stelle explizit ebenfalls zu benennen, um die therapeutischen Leistungen und Akteur*innen zu komplettieren. Ein Ausschlussgrund könnte bei Nicht-Nennung abgeleitet werden, der für die DVSG nicht ersichtlich ist.

§ 4 Absatz 2		PatV	Die DVSG stimmt dieser erweiterten Formulierung zu. In der einzelnen Nennung sollte darüber hinaus explizit Soziotherapie ergänzt werden als einzelne Ziffer nach der Benennung der Therapeut*innen. Ergänzungsvorschlag: Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Soziotherapie gemäß § 37a SGB V	Falls Soziotherapeut*innen zum Hilfe- und Unterstützungssystem gehören, so sieht die DVSG keinen Grund, diese nur in begründeten Einzelfällen hinzuzuziehen. Es bedarf an der Stelle die gleiche interdisziplinäre Selbstverständlichkeit und Einbeziehung wie bei anderen Therapeut*innen. Die im Einzelfall mögliche Einbindung weiterer Akteur*innen wird im Sinne des lernenden Systems, der Partizipations- und Teilhabeförderung, der Einbindung der Akteur*innen des Gesundheits- und Sozialwesens und der Stärkung des übergreifenden Ansatzes ausdrücklich von der DVSG gestützt. Andernfalls bleibt die Gefahr der Verharrung in der SGB V-Logik, die Akteur*innen beispielsweise der Kinder- und Jugendhilfe oder der Eingliederungshilfe oder der Schulsysteme (z. B. Schulsozialarbeiter*innen, Mental Coach) müssten im Einzelfall einbezogen werden können.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*Absatz 4 Ziffer 2 oder ergänzende Ziffer*	KBV/DKG	In der einzelnen Nennung sollte explizit die Soziotherapie als einzelne Ziffer (nach der Benennung der Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie in Ziffer 2) oder bei der Ziffer 2 in der Nennung ergänzt werden. Ergänzungsvorschlag: Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Soziotherapie gemäß § 37a SGB V	Den Leistungserbringer*innen für Soziotherapie ist die gleiche interdisziplinäre Selbstverständlichkeit und Einbeziehung wie bei anderen Therapeut*innen zu gewähren. Dies ist durch die Benennung sicherzustellen.

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2">**[GKV-SV:** (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:</td><td>(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**,
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.**]** **[PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">**[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">**[KBV/DKG:** 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
</table>

	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	2	GKV-SV/ KBV/DKG	Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ist auch die öffentliche Jugendhilfe im Sinne der Eingliederungshilfe für psychisch behinderte oder von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher (§ 35a SGB VIII) eine Differenzierung gegenüber der Eingliederungshilfe im Sinne der §§ 75ff SGB IX (Teilhabe an Bildung und Soziale Teilhabe) wäre sinnvoll. Konkreter Änderungsvorschlag:	Die im Zusammenhang mit dem Bundesteilhabegesetz initiierte Neuorganisation ist noch in den einzelnen Bundesländern und bundesweit als lernendes System zu begreifen. Solange die beiden Sozialleistungsträger (hier: Eingliederungshilfe und Jugendhilfe) noch nicht zusammengeführt sind, ergeben sich immer wieder Bruchstellen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung und psychischen Problemen/seelischen

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe sowie der öffentlichen Jugendhilfe im Sinne des § 35a SGB VIII	Behinderung. Entsprechend sollte die Erwähnung der öffentlichen Jugendhilfe erfolgen.
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*11/12*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*	Jugendhilfeeinrichtungen, therapeutische Wohngruppen der Jugendhilfe und das ganze Netz der freien Jugendhilfeträger sollte zur Adressierung der Versorgungsziele an prominenterer Stelle einbezogen werden. Insofern ist in der Nummerierung zu prüfen, ob die Nennung in der Reihenfolge eher weiter vorne Erwähnung findet.	Einrichtungen bzw. freie Träger der Jugendhilfe sollten unbedingt engmaschig einbezogen werden. Die öffentliche Jugendhilfe ist Rehabilitationsträger im Sinne des § 35a SGB VIII und in der Praxis der bzw. die häufigste Ansprechpartner*in bei weitergehenden Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche.
	13 und 12		Die DVSG unterstützt die Nennung von Bildungseinrichtungen, da dies auch die Nahtlosigkeit fördert und Versorgungsbrüche vermeiden hilft. In der Formulierung Bildungseinrichtungen sind Schulträger inkl. der jeweiligen Funktionseinheiten und Akteur*innen wie z. B. der Schulpsychologische Dienst, die Schulsozialarbeit sowie der vorschulische Bereich inkludiert.	Die leistungsrechtliche Verpflichtung zur Rehabilitation von Schulträgern vor allem im Kontext „inklusiver Beschulung“ ergibt sich aus dem jeweiligen Landesrecht, sollte jedoch eine Entsprechung auch in dieser Richtlinie finden. Aus Sicht der DVSG können Bildungseinrichtungen und jeweilige Funktionseinheiten in einer Ziffer benannt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG: 10.] [PatV:** 9.]*	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 4**]**			

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV	Die DVSG stimmt der ausführlichen und detaillierten Formulierung zu.	Durch die schriftliche Erklärung ist die Sicherstellung der Versorgung und die Umsetzung nach dieser Richtlinie explizit benannt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV	Dieser Formulierungsvorschlag findet fachlich Zustimmung seitens der DVSG. Die Formulierungen sind entsprechend der Regeln zu gendergerechten Sprache in der Form anzupassen, die in der Richtlinie gewählt wird.	Die erfolgte Konkretisierung, dass es sich bei dem Verzeichnis um die teilnahme-berechtigten Leistungserbringer*innen handelt sowie die zusätzliche Bereitstellung im Nationalen Gesundheitsportal erhöht die Transparenz und unterstützt damit auch die

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Diese Formulierung wird von der DVSG befürwortet.	Die Ergänzung fördert die nahtlose Versorgung und die erweiterte Perspektive der übergreifenden Versorgung.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Falls diese Formulierung gewählt werden sollte ist zu befürchten, dass der Zugang zur Leistung durch mangelnde Erreichbarkeit, Transparenz, Präsenz erschwert wird.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV: (4)] [KBV/DKG/PatV: (5)] Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für</td></tr>
<tr><td>1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</td><td colspan="2">1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. die unverzügliche [GKV-SV, PatV: Einleitung] [KBV/DKG: Anbahnung] einer ambulanten oder stationären Behandlung,</td></tr>
<tr><td colspan="3">3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td>4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,</td><td>4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.</td></tr>
<tr><td></td><td>5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.</td><td></td></tr>
</table>

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Der Aussage, dass die Koordination durch eine nichtärztliche qualifizierte Person erfolgen soll, stimmt die DVSG zu.	Die Koordination ist sinnvollerweise zu übertragen an nichtärztliche Berufsgruppen. Beispielsweise ist die Kompetenz, Netzwerke auch in unterschiedlichen Versorgungskontexten über das SGB V hinaus zu gestalten und Ressourcen zu erschließen, für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen im Berufsalltag und im Profil anzutreffen.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:

1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,
2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Die DVSG stimmt der Reihenfolge der Nennungen nicht zu, lässt sie doch die häufigen Schnittstellen zu Arbeitsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens sowie die bedeutsame Koordinationskompetenz der Sozialen Arbeit außer Acht. Zudem ist die Berufsbezeichnung gemäß des Qualifikationsrahmens Soziale Arbeit in der jeweils gültigen Fassung zu wählen, die Wörter ‚oder gleichwertig' sind zu streichen. Änderungsvorschlag für die bisherige Formulierung in Ziffer 4: 1. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ~~Oder gleichwertig~~	Die Reihenfolge der Nennungen ist zu ändern und sollte sich ausschließlich auf Fachkräfte beziehen, die die Koordinationsanforderungen erfüllen. Die Koordination der Versorgung von psychisch kranken Kindern- und Jugendlichen, die Entwicklung weiterer Versorgungs- und Behandlungsperspektiven sowie die Anbahnung und Vermittlung weiterer Hilfen aus den verschiedensten Versorgungsbereichen des SGB (insbesondere SGB VIII) ist seit vielen Jahrzehnten Kernaufgabe der Sozialen Arbeit in kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Praxen. Auch das SVR-Gutachten aus dem Jahr 2018 führt aus, dass der größte Teil der koordinierenden Tätigkeiten in psychiatrischen Kliniken von Sozialarbeiter*innen umgesetzt wird (vgl. Sachverständigenrat Seite 728, online verfügbar: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachte

				n/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf); auch in Sozialpsychiatrischen Diensten und insgesamt im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Kinder- und Jugendhilfe ist die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit präsent und vernetzt. Das Studium der Sozialen Arbeit ist nachweislich hinreichend für die auch in § 11 genannten Aufgaben. Die Voraussetzung einer fachspezifischen Zusatzqualifikation ist für die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit obsolet, da Methoden- und Fachkenntnisse das Handlungsfeld Psychiatrie, Kinder-/Jugendhilfe umfassen und gerade die generalistische akademische Ausbildung Kenntnisse der Sozialgesetzbücher als integralen Bestandteil eines jeden Studiums der Sozialen Arbeit sind. Der Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit des Fachbereichstags Soziale Arbeit (QR SozArb) dient als allseits anerkannte Referenzgrundlage der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit und

				in den Sozialberufe-Anerkennungsgesetzen der Länder für die Studiengänge Sozialer Arbeit. Wie bei der Nennung anderer Berufsgruppen ist für die Soziale Arbeit es erforderlich, die qualifikatorischen Voraussetzungen entsprechend auf die Referenzgrundlage zurückzuführen. Die Wörter ‚oder gleichwertig' sind zu streichen.
§ 6 Absatz 2	Nummer 1		In der Aufzählung fehlt die Soziotherapie gemäß § 39 SGB V. Diese sollten in der Aufzählung ergänzt werden. Formulierungsvorschlag: Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, ~~sowie~~ Logopädinnen und Logopäden sowie Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten gemäß § 37a SGB V	Die Soziotherapeut*innen sind im Satz 1 zu ergänzen, um diese gleichrangig zu benennen mit anderen Therapeut*innen und nicht mit der Richtlinie auszuschließen.
§ 6		KBV/DKG/ PatV		

§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die DVSG stimmt für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen nicht zu, dass eine Zusatzqualifikation für die Wahrnehmung der Aufgaben erforderlich ist.	Die Kompetenzen der Sozialarbeiter*innen sind neben der Beratung und Navigation in der Koordination zu sehen. Stets richtet sich das Augenmerk sowohl auf die im jeweiligen Einzelfall erforderlichen Befähigungs-, Beratungs- und Koordinationsleistungen zur Erschließung von erforderlichen Hilfe(systemen) sowie auf die Koordinationsleistungen Einzelfall übergreifend. Eine Zusatzqualifikation ist nicht erforderlich, gleichwohl selbstverständlich zur Ausübung des Berufes eine regelhafte Fortbildung – wie bei anderen Berufen auch – ein Qualitätsmerkmal des Berufsalltags darstellen muss.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV	Die DVSG stimmt dieser gewählten Formulierung zu.	Zur Sicherstellung der Leistung sollte nicht zu detaillierte und kleinteilige Anforderungen gestellt werden.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Die DVSG stimmt der Formulierung zu. Begrüßt wird insbesondere das Benennen der Möglichkeit zur aufsuchenden Arbeit und das Einbeziehen von Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld.	
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	Grundsätzlich stimmt die DVSG dieser Formulierung zu. Besondere Schutzkonzepte sind im Fall von Verdacht auf Missbrauch und/oder Gewalt unerlässlich.	Die Orientierung und Berücksichtigung der Kinderschutzleitlinie ist sicherzustellen. Ggf. ist zu prüfen, ob ein Verweis auf die Kinderschutzleitlinie in dieser Richtlinie ergänzt werden sollte. Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind jedoch in der Form auszugestalten, dass diese keine Barrieren zur Inanspruchnahme oder Beteiligung an dem Hilfesystem nach der Richtlinie darstellen.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
16.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		**(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	**GKV-SV**		
§ 8 Absatz 1	**PatV**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind,	**(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.**	**(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.		**Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	**GKV-SV / PatV**		
§ 8 Absatz 1	**KBV/DKG**	Die DVSG stimmt dieser Formulierung ausdrücklich zu und unterstützt damit dem niedrigschwelligen Zugang zu dieser Leistung.	Die Richtlinie sollte die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass die Beteiligungs- und Zugangsmöglichkeiten zum Hilfe-/Unterstützungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendlichen so einfach wie möglich gelingt. Durch die Nicht-Erforderlichkeit einer Überweisung wird der niedrigschwellige Zugang zu der Leistung - und damit die Entfaltungs- und Nutzungsmöglichkeit - unterstützt. Zudem stärkt diese Regelung die Perspektive innerhalb des interdisziplinären Behandlungs-/Beratungsteams einer Augenhöhe und gemeinsamen Verantwortung, weg von einer ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungsleitung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	**(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.**	**(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	**GKV-SV**		
Absatz 1 Fortsetzung	**KBV/DKG**		
§ 8 Absatz 3	**PatV**	Die DVSG unterstützt diesen Formulierungsvorschlag und spricht sich damit für eine Chance der breiteren Zugangssteuerung zur Leistung aus.	Wenn die Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie von allen Leistungserbringer*innen gemäß § 4 ausgesprochen werden kann, wird dadurch die Chance zur Entfaltung der berufsgruppenübergreifenden Hilfen gestützt. Mit einem Verzicht auf die Beschränkung in

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			der Zugangssteuerung auf teilnehmende Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, wird die Gestaltungsmöglichkeit erhöht und im Sinne der niedrigschwelligen Zugangssteuerung verbessert.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: **(4)**] [KBV/DKG: **(2)**] **Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann** [KBV/DKG/PatV**: auch**] **im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 [GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG: **Absatz 2**]	**GKV-SV / KBV/DKG / PatV**	Die DVSG unterstützt ausdrücklich die konkrete Benennung der Möglichkeit zur Empfehlung im Rahmen des Entlassmanagements mit dem Zusatz durch das Wort ‚auch'.	Durch den Zusatz des Wortes ‚auch' kann der Zugang zur Leistung gemäß dieser Richtlinie auch gewährleistet werden, wenn die Sorgeberechtigten z. B. kein Einverständnis zum Entlassmanagement unterschrieben haben. Dies ist wichtig, um die Betroffenenperspektive zu erhöhen und den niedrigschwelligen Zugang zu unterstützen. Mit dem Zusatz ‚auch' wird eine unnötige

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Engführung auf das Entlassmanagement vermieden.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		**(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4**

			Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.
Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	**GKV-SV**		
§ 8 Absatz 5	**PatV**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.**	**(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.**	**(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung,**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 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**		**sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern.** **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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten einzuholen.		**Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	**GKV-SV**		
§ 8 Absatz 3	**KBV/DKG**	Die DVSG stimmt diesem Formulierungsvorschlag zu.	Mit dieser Formulierung wird auf detaillierte Ausführungen über die konkrete Ausgestaltung der Information/Aufklärung verzichtet. Dies ist aus Sicht der DVSG für die Richtlinie ausreichend und umfasst auch Regelungen für einwilligungsunfähige Personen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	**PatV**		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) **Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.**	**(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.**
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der	**(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.**	**(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft. Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	**GKV-SV**		
§ 9 Absatz 1	**KBV/DKG**		
§ 9 Absatz 1	**PatV**	Die Ausführungen sind folgerichtig auf weitere Berufsgruppen ausgeweitet und werden von der DVSG begrüßt.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	**PatV**	Diese Ergänzung bringt ausdrücklich die Orientierung an der Lebenswelt der Person unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Erkrankung auf die Teilhabe zum Ausdruck und stützt darüber hinaus die berufsgruppenübergreifende Perspektive durch die Formulierung ‚gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen'.	Die Möglichkeiten, die Person mit dem Hilfe-/Unterstützungsbedarf in den Mittelpunkt zu rücken und explizit auch die Auswirkungen der Erkrankung zu benennen sowie die berufsgruppenübergreifende Perspektive zu stützen wird durch diesen Einschub aufgegriffen. Die erforderlichen Verbesserungen in der Personenzentrierung,

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Kooperation und Vernetzung können dadurch gestützt werden.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	**GKV-SV / KBV/DKG**	Diese Formulierung lässt die Auswirkungen der Funktionsstörungen auf die Person und den Kontext außer Acht; die direkte Verknüpfung mit dem bio-psycho-sozialen Modell sollte an der Stelle eingebunden werden. Zudem ist eine Beschränkung auf das SGB V in der Richtlinie im Zusammenhang mit einem gewünscht breiteren übergreifenden Fokus kontraproduktiv.	Der Richtlinie sollte eher die umfassende rechtliche Regelung des SGB IX zur Teilhabeverwirklichung zum Tragen kommen und nicht die Begrenzung auf das SGB V. Das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell und die ICF stellen die Auswirkungen auf die Erkrankung in den Vordergrund und reduzieren sich nicht – wie in dieser Formulierung – auf die Diagnose. „Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet“: Dies kann in vielen Situationen Vorteile für die Person mit sich bringen, wenn ein Hilfesystem ohne Verzögerung erschlossen wird. Es muss jedoch

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			darauf geachtet werden, dass die weiteren Perspektiven im Sinne einer Gesamtplanung ebenfalls noch mit Zeitverzögerung eingeholt werden und relevant sind.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG**: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**] **Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	**GKV-SV**	Bei diesem Formulierungsvorschlag sind die Bezugspersonen zu ergänzen, damit die Patient*innen und die Bezugspersonen	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		entsprechend über Hilfs- und Unterstützungsangebote SGB-übergreifend informiert werden.	
§ 9 Absatz 3	**GKV-SV / KBV/DKG**	Die DVSG unterstützt den Formulierungsvorschlag und orientiert sich damit an der Person in ihrer Lebenswelt. Es ist wichtig, dass direkt zu Beginn die Patient*innen und Bezugspersonen gleichermaßen berücksichtigt werden und auf SGB-übergreifende Hilfen aufmerksam gemacht werden.	Die Einbindung der Bezugspersonen und der Patient*innen ermöglicht eine Angemessenheit, Akzeptanz und Wirkung des Unterstützungssystems mit Blick auf die individuellen Lebensumstände, die Ressourcen und Bedarfe.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen	**(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.**	**(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	**GKV-SV**	Für die DVSG ist dieser Satz ohne Bezugsrahmen nicht verständlich: Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Würde dies implizieren, dass z. B. eine medizinische Behandlung und psychosoziale Intervention sich gleichzeitig ausschließen? Dies wird einer Person mit einem komplexen Hilfebedarf nicht gerecht und blockiert einen berufsgruppen und SGB-übergreifenden Ansatz. Beim Ausschluss der gleichzeitigen Inanspruchnahme dieser beiden Leistungen (nach dieser Richtlinie und nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) ist sicherzustellen, dass durch diese Formulierung keine Versorgungslücke entsteht.	
§ 9 Absatz 4	**KBV/DKG**	Beim Ausschluss der gleichzeitigen Inanspruchnahme dieser beiden Leistungen (nach dieser Richtlinie und nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) ist sicherzustellen, dass durch diese Formulierung keine Versorgungslücke entsteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	**PatV**	Für die DVSG ist dieser Satz ohne Bezugsrahmen nicht verständlich: Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Würde dies implizieren, dass z. B. eine medizinische Behandlung und psychosoziale Intervention sich gleichzeitig ausschließen? Dies wir einer Person mit einem komplexen Hilfebedarf nicht gerecht und blockiert einen berufsgruppen und SGB-übergreifenden Ansatz. Empfehlung, diesen ersten Satz zu streichen. ~~Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen.~~ Beim Ausschluss der gleichzeitigen Inanspruchnahme dieser beiden Leistungen (nach dieser Richtlinie und nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) ist sicherzustellen, dass durch diese Formulierung keine Versorgungslücke entsteht.	

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	**(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung** [PatV: **und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**] **wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten** [PatV: **und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**] **ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.**	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der	**Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der**	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	**Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	**GKV-SV**		
§ 10 Absatz 1	**KBV/DKG**	Dieser Zusatz ermöglicht es, den Blick übergreifend aufzustellen und stützt die umfassende Perspektive.	Die explizite Berücksichtigung von Komorbiditäten ist zu unterstützen.
§ 10 Absatz 1	**PatV**	Die DVSG unterstützt diesen Formulierungsvorschlag.	Mit dieser Formulierung wird die Berücksichtigung des sozialen Umfelds und der individuelle Bedarf auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells unterstützt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	**(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.**	**(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens** **1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2,** **2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie,** **3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, **5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.**

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		**GKV-SV**		
§ 10 Absatz 2		**KBV/DKG**		
§ 10 Absatz 2		**PatV**	Diese Formulierung (insbesondere in Nummer 1) greift die Chance zur Zielformulierung für Interventionen für den/die Patient*in sowie beteiligte Akteur*innen auf; dies entspricht der Intention des Gesamtbehandlungsplans mit der gleichwertigen Einbeziehung der Perspektiven weiterer Leistungserbringer*innen.	Berufsgruppen, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Kooperation mit einer besseren Versorgungsqualität wird durch die gleichrangige Benennung und

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Die Formulierung in Ziffer 5 stärkt die verbindliche Benennung einer verantwortlichen Stelle, dies trägt zur Klarheit bei.	Einbeziehung der zu beteiligenden Akteur*innen gestärkt.

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	**GKV-SV / KBV/DKG / PatV**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer [PatV: **gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**] **verbindlich.** [KBV/DKG: **Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen**		

angepasst.] **Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans** [GKV-SV/KBV/DKG: **; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**.** [PatV: **Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**] [GKV-SV: **Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 4	**GKV-SV**		
§ 10 Absatz 4	**KBV/DKG**		
§ 10 Absatz 4	**PatV**		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	**(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.**	**(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2:** **1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern,** **2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie** **3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Therapeutinnen und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	**GKV-SV**			
§ 11 Absatz 1	**KBV/DKG**			
§ 11 Absatz 1		**PatV**	Die DVSG unterstützt diese Formulierung, in der eine detaillierte Aufstellung der weiteren Leistungserbringer*innen erfolgt und die gemeinsame Verantwortung für eine Zusammenarbeit und interdisziplinäre Perspektive gestützt wird.	Mit der Formulierung wird die sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Kooperation gestärkt und die Chance und Erforderlichkeit der bio-psycho-sozialen Perspektive gestützt.

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. **(3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen.**		**(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2** **1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4,** **2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4,** **3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4,** **4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. **(5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen.**		**Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,** **5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue,** **6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld,** **7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. **(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		**GKV-SV**		
§ 11 Absatz 2		**PatV**	Die detaillierte Aufzählung stärkt insgesamt die Partizipation und Kooperation.	Bei der Verwendung dieser Formulierung ist sicherzustellen, dass im Falle der Koordinationsverantwortung durch nicht-ärztliche Personen eine genauso umfassende Aufgabenwahrnehmung erfolgt.
§ 11 Absatz 2	***(z.B. Nr 6)***	**PatV**		
(z.B. § 11 Absatz 4)		**GKV-SV**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
(z.B. § 11 Absatz 7)		**GKV-SV**		

*Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	**Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um** [PatV: **sowohl**] **die Versorgung** [PatV: **der Patientin oder des Patienten**] **nach dieser Richtlinie** [KBV/DKG: **und**] [PatV: **als auch**] **die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	**GKV-SV**		
§ 12	**KBV/DKG/ PatV**		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	**GKV-SV / KBV/DKG / PatV**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	**PatV**	Die DVSG unterstützt diese Formulierung, um ausdrücklich Nahtlosigkeit in der Behandlung zu fördern und bedarfsbezogen und individuell Interventionen zu ermöglichen.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): **(2)**] [PatV: **(3)**] **Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.**		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	**Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet** [PatV: **zeitnah**] [KBV/DKG: **möglichst innerhalb von 10 Werktagen**] **nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an.** [PatV: **Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	**GKV-SV**		
§ 13 Absatz 2	**KBV/DKG**	Der Zusatz ‚möglichst innerhalb von 10 Werktagen' wird von der DVSG unterstützt.	Die Regelung mit zeitlichen Vorgaben bewirkt Klarheit und erhöht die Verbindlichkeit und die Realisierung einer nahtlosen Hilfegewährung. Die Sicherstellung der Informationsvermittlung auch an Akteur*innen, die außerhalb der SGB V-Logik müssen zuverlässig und systematisch berücksichtigt werden.
§ 13 Absatz 3	**PatV**	Dieser Zusatz wird unterstützt, um eine Nahtlosigkeit der Leistungen und eine Informiertheit der koordinierenden Person – unabhängig von der Berufszugehörigkeit – zu gewährleisten.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der	(3) **Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer**	**(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	**Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.**	**Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	**GKV-SV**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	**KBV/DKG**	Es ist aus Sicht der DVSG erstrebenswert, die kürzere Frist von 7 Tagen zu wählen und nicht 10 Tage. Die DVSG stimmt dieser Formulierung mit der längeren Frist zu weiteren Hilfegewährung nicht zu.	
§ 13 Absatz 4	**PatV**	Diese Formulierung bewirkt eine klare Regelung des weiteren Vorgehens und findet Zustimmung der DVSG.	Die detaillierte Regelung in der Richtlinie gewährleistet eine bessere Sicherstellung einer nachstationären Anbindung im Sinne einer Nahtlosigkeit.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: **(4)**] [PatV: **(5)**] **Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 [GKV-SV/KBV/DKG: **Absatz 4**] [PatV: **Absatz 5**]	**GKV-SV / KBV/DKG / PatV**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: **(5)**] [PatV: **(6)**] **Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß** [GKV-SV: **§ 4 Absatz 8**] [KBV/DKG: **§ 4 Absatz 7**] [PatV: **§ 4 Absatz 5**] **Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 [GKV-SV/KBV/DKG: **Absatz 5**] [PatV: **Absatz 6**]	**GKV-SV / KBV/DKG / PatV**	Die DVSG unterstützt die Nennung dieser Möglichkeit zur probatorischen Sitzung, um den Beteiligten diese Form der Intervention bewusst zu machen.	

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	**GKV-SV / KBV/DKG / PatV**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie [GKV-SV: **ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV: **ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**] **durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten** [GKV-SV: **nach § 5 Absatz 1**] **zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.**		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: **weiter zu (2)**] [PatV: **(3)**] **Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	**GKV-SV**	Die Präzisierung ‚halbjährig' ist konkret, sollte jedoch nicht ausschließen, dass es bedarfsbezogen auch im Einzelfall häufiger erforderlich ist. Die DVSG schlägt vor, dass die Formulierung ‚unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs' ergänzend gewählt wird.	
§ 13 Absatz 2	**KBV/DKG**		
§ 13 Absatz 2 und 3	**PatV**		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	**Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.**	**(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	**GKV-SV**		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	**KBV/DKG**	Aus Sicht der DVSG ist diese Formulierung nicht weitreichend und konkret genug gefasst. Nicht nur die Zielerreichung sondern Aussagen zur Qualitätsverbesserung sollten erreicht werden und ein Zeitrahmen sollte konkret ergänzt werden für die Evaluation.	
§ 15	**PatV**		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	**Wir nehmen teil.**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

bvvp BUNDESVERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.
Vielfalt macht den Unterschied

Berlin, den 17. Oktober 2023

bvvp-Stellungnahme zu den Entwürfen der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (Erstfassung)

Der bvvp begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag erteilt hat, eine neue Richtlinie zu erarbeiten, in der Regelungen und Möglichkeiten geschaffen werden, die ambulante Versorgung von Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Erfreulich ist, dass nunmehr Entwürfe dieser Richtlinie auch für den Bereich der Kinder und Jugendlichen erarbeitet wurden.

Diese Stellungnahme bezieht sich auf den Entwurf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und nimmt hierzu Stellung, sofern nicht explizit Formulierungen des Entwurfes des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen werden.

Psychotherapeut*innen haben ein hohes Interesse daran, ihre Patient*innen bestmöglich zu behandeln. Dafür fehlen bisher in der ambulanten Versorgung die notwendigen Strukturen der Vernetzung, der Kooperation und der Koordination für die in der Richtlinie angesprochenen Patient*innen. Dies zeigt sich im Bereich der Kinder und Jugendlichen in einem besonderen Ausmaß, weil aufgrund der in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern festgeschriebenen Regularien und der vielfältigen Lebenswelten eine Vielzahl von Bezugspersonen und Hilfesystemen einbezogen werden muss.

Der bvvp hält es für zentral, dass die Versorgung der Patient*innen auf den jeweiligen hoch individuellen Bedarf abgestimmt wird und die freie Wahl der Behandelnden gewährleistet bleibt. Genauso wichtig ist die Behandlungskontinuität gerade für schwer erkrankte Patient*innen in diesen Altersstufen, für die es aufgrund ihrer entwicklungsspezifischen Besonderheiten eine besondere Herausforderung darstellt, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zuzulassen. Ohne Gewährleistung einer solchen Behandlungskontinuität können nachhaltige therapeutische Effekte nicht erwartet werden.

Für die neue Richtlinie kommen zum einen Teil Patient*innen mit unterschiedlichsten Störungsbildern in Frage, die bereits in den Praxen versorgt werden und für die die Richtlinie eine wichtige Erweiterung des Behandlungsangebots darstellt. Zum anderen Teil werden Patient*innen durch die neue Richtlinie überhaupt erst die Möglichkeit bekommen, auch ambulant adäquat behandelt zu werden. Dem Bedarf dieser Gruppe an Patient*innen hat der Gesetzgeber insofern Rechnung getragen, als er explizit formuliert, dass die Richtlinie „insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte“ gelten solle. Es muss psychotherapeutischen Patient*innen unter dem zentralen Gesichtspunkt der Behandlungskontinuität möglich sein, beim selben Psychotherapeuten, bei derselben Psychotherapeutin ihre Psychotherapie nach der alten Richtlinie fortzuführen, sofern sie die nötige Stabilität erreicht haben. Genauso muss es möglich sein, dass chronisch schwerkranke Patient*innen durch dasselbe individuell zusammengestellte Behandlungstandem über

einen längeren Zeitraum in der neuen Richtlinie versorgt werden können. Die Beschlussentwürfe berücksichtigen dieses zentrale Element der Kontinuität. In diesem Zusammenhang ist positiv zu vermerken, dass das Transitionsalter in der Richtlinie explizit berücksichtigt wird und eine Behandlung über den 21. Geburtstag hinaus möglich ist. Dies betrifft eine nicht geringe Anzahl an Patient*innen gerade mit schweren Erkrankungen, die über dieses Alter hinaus Behandlungsangebote von Behandelnden mit spezifischen Kenntnissen des Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalters benötigen.

Der bvvp nimmt zu einzelnen Paragraphen wie folgt Stellung.

Die Verwendung des Begriffs „Bezugsbehandelnder" dient der besseren Lesbarkeit, es sind hier aber alle Geschlechter inbegriffen.

Zu §1

Der bvvp begrüßt, dass in der neuen Richtlinie explizit darauf hingewiesen wird, dass eine Zusammenarbeit über verschiedene SGBs durchzuführen, erforderlich und sinnvoll sein kann. Die Möglichkeit zur Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme wird als wichtiger Inhalt der Richtlinie genannt. Es mangelt jedoch in den weiteren Ausführungen an Informationen darüber, wie die Durchführung umgesetzt werden soll, zum Beispiel fehlt die genauere Definition von Schnittstellen.

Zu §2

Der bvvp unterstützt den Beschlussentwurf der KBV, der Kinder ab der Geburt einbezieht. Es ist fachlich nicht nachvollziehbar, warum Kinder unter drei Jahren aus der neuen Richtlinie ausgeschlossen werden sollten. Für eine bestmögliche Entwicklung ist es unerlässlich, die notwendigen Hilfen zum Zeitpunkt des Bedarfs und frühestmöglich zu installieren und nicht erst in einem Alter, in dem die wichtigsten psychischen Entwicklungsprozesse des Kindes bereits abgeschlossen oder irreversibel nicht gelungen sind.

Geändert werden muss auch die im KBV-Entwurf festgelegte Altersgrenze für die jungen Erwachsenen. Nach der Psychotherapierichtlinie sind Patient*innen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Jugendliche. Davon sollte hier nicht abgewichen werden. Somit muss hier die Altersgrenze in Absatz 4 von 18 auf 21 Jahre hochgesetzt werden. Nur so steht dieser Absatz nicht zum Widerspruch zu § 3 Absatz 4, der weitgehend aus der Psychotherapierichtlinie übernommen wurde.

Der bvvp unterstützt außerdem den Einbezug von F0-Diagnosen. Auch dies ist sachgerecht. Die Feststellung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen anhand der MAS und dessen sechster Achse wird als hilfreich erachtet und wurde bereits in kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsverträgen im vertragsärztlichen Versorgungsbereich erfolgreich erprobt.

Zu §3

Das besondere Augenmerk auf die Transition wird begrüßt!

Zu § 4

Der bvvp begrüßt, dass in der Richtlinie für den Kinder- und Jugendlichenbereich keine aufwändigen Netze im Sinne einer eigenständigen Rechtsperson gebildet werden müssen, sondern dass die Versorgung der Patient*innen in einem patientenindividuellen Team, bestehend aus einer Psychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche und eine*r Fachärzt*in aus dem P-Bereich in dieser Altersstufe, stattfindet. Allerdings wurde der mögliche Einbezug von Ärztlichen Psychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche vergessen. Diese Berufsgruppen müssen ergänzt werden und sollten, sofern sie nicht zu den unter 1 oder 3 genannten Facharztgruppen gehören, in gleicher Weise wie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen bzw. Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche an dieser Richtlinie mitwirken können; sie sollten also explizit in die Gruppe der Psychotherapeut*innen mit aufgenommen werden. Es wird außerdem begrüßt, dass die Kooperation mit einem psychiatrischen Krankenhaus für Kinder und Jugendliche optional ist. Genauso sachgerecht ist es, dass die Kooperation mit Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie sowie der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sich nach dem jeweiligen Bedarf richten soll und nicht grundsätzlich zwingend vorgeschrieben wird.

Durch die im Vergleich mit der Richtlinie für Erwachsene deutlich geringeren formalen Hürden besteht somit die Chance, dass sich diese Versorgungsform flächendeckend installieren kann.

Allerdings sieht die Versorgungsrealität so aus, dass es vielerorts einen eklatanten Mangel an Kinder- und Jugendpsychiatern gibt. Infrastrukturelle Defizite werden daher – trotz geringerer Hürden – die Ausbreitung der Behandlung nach dieser Richtlinie erschweren oder sogar verunmöglichen. Deswegen regt der bvvp auch unabhängig von dieser Richtlinie an, dass intensivierte Anstrengungen auf allen Ebenen unternommen werden, um die Weiterbildung und die Niederlassung von Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu fördern.

Zu §5

Der bvvp unterstützt den Beschlussentwurf der KBV, in der nicht die Anforderung formuliert wird, dass der Bezugsarzt/Bezugspsychotherapeut über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen muss. Wir teilen die Einschätzung, dass die Anzahl der teilnahmeberechtigten Behandelnden gerade bei den KJP sonst massiv eingeschränkt würde. Ein hoher Anteil von Kolleg*innen verfügt nur über eine halbe Zulassung. Alternativ sollten stattdessen Anwesenheitszeiten vorausgesetzt werden, die eine zuverlässige Erreichbarkeit insbesondere für das Krisenmanagement gewährleisten. Dies muss im Kriseninterventionsplan berücksichtigt und festgelegt werden.

Erfreulich ist, dass die bei den Erwachsenen verpflichtenden differentialdiagnostische Abklärung durch ein*n P-Fachärzt*in gestrichen wurde und stattdessen der Schwerpunkt auf die Berücksichtigung bereits erhobener Befunde gelegt wird. Begrüßenswert ist außerdem, dass dem Bezugsbehandelnden, und damit auch dem KJP, die Möglichkeit der Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung zugestanden wird.

Deshalb wäre der Ausschluss der KJP von der Rolle als Bezugstherapeut*innen bei somatischen Hauptdiagnosen, relevanter somatischer Komorbidität und bei regelmäßiger Dosisanpassung der Pharmakotherapie nicht sachgerecht.

Allerdings fordert der bvvp, dass in § 5 Absatz 5 Nr. 3 hinter „Einleitung“ eingefügt wird: „und ggf. Durchführung“. Somatische Abklärungen gehören zum essenziellen Bestandteil der teilnehmenden Fachärzt*innen und sollten selbstverständlich auch im Rahmen dieser Richtlinie von diesen erbracht werden.

Die benannten Einschränkungen der GKV sind zwingend zu streichen, da aufgrund der Kooperationen/des Tandems die somatische Versorgung mit abgedeckt ist.

Zu §6

Der bvvp stimmt dem Beschlussentwurf der KBV dahingehend zu, dass die Koordination von den Personengruppen in Satz 1 unterstützt werden kann, dass sie aber nicht zwingend von diesen durchgeführt werden muss. Diese Regelung stellt z.B. sicher, dass im Fall einer kurzfristig eingetretenen Verhinderung der koordinierenden Person, wie durch Erkrankung, die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht unterbrochen werden muss, bis ein neuer Koordinator/eine neue Koordinatorin diese Arbeit übernehmen kann.

Bei den Qualifikationsanforderungen der Personengruppe nach Punkt 1 ist zwingend die Bestimmung zu streichen, dass diese Heilmittelerbringer nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassen sein müssen. Gerade in größeren Versorgungsstrukturen wird es zielführend sein, Mitarbeitende dieser Berufsgruppen für die Koordination fest anzustellen. Nur dann können sie weisungsgebunden in die Praxisstruktur eingebunden werden. Wenn diese Personen aus diesen Gruppen verpflichtet werden, nebenher noch eine eigene Praxis zu führen, werden sie die Koordination eher nur nebenher erledigen. Zugelassene Heilmittelerbringer sollten nicht ausgeschlossen werden, aber die Möglichkeit der Koordination daran zu knüpfen, dass sie über eine eigene Zulassung verfügen, ist nicht zielführend.

In dem Entwurf der GKV wird eine Zusatzqualifikation oder besondere Erfahrung für Angehörige von Berufsgruppen mit umfangreicher wissenschaftlicher und praktischer Qualifikation im Rahmen eines Hochschulstudiums gefordert, für Fachschulabsolvent*innen jedoch nicht. Das ist nicht nachvollziehbar. Es wird angeregt, dass Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen und Heilpädagog*innen mit akademischem Abschluss und Nachweis von praktischer Erfahrung in der Arbeit mit Kindern während ihres

Hochschulstudiums oder auch davor ohne weitere Qualifizierung oder postgraduale Berufserfahrung die Koordination durchführen können.

Es wird begrüßt, dass in der Richtlinie an vielen Stellen dem Selbstbestimmungsrecht der Kinder und Jugendlichen Beachtung geschenkt wird und die partizipative Entscheidungsfindung mehrfach betont wird. Dieser Ansatz sollte konsequent weiterverfolgt werden, auch durch die Möglichkeit, Genesungsbegleiterinnen und -begleiter mit als Koordinierende im Rahmen der Richtlinie einzusetzen. Durch eine solche Einbeziehung wird das Prinzip des Empowerments erstmalig im vertragsärztlichen Versorgungsbereich für psychisch kranke Kinder und Jugendliche implementiert mit dem Ziel, Stigmatisierung und Ausgrenzung zu verhindern und Peer-geleitete Selbsthilfe zu stärken.

Zu §7

Der bvvp hält es für sachgerecht, dass der Erstkontakt zeitnah hergestellt werden soll. Die Bestimmung, dass „in der Regel innerhalb von zehn Werktagen“ ein Erstkontakt durchgeführt werden soll, trägt der Problematik Rechnung, dass viele Familien oft nicht dazu in der Lage sind, einen kurzfristig angebotenen Termin wahrzunehmen – sei es durch Berufstätigkeit der Eltern, somatische Erkrankung von Familienangehörigen oder bereits vereinbarter terminlicher Verpflichtungen für Geschwister. Mit dieser Regelung können auch Familien eingeschlossen werden, die einen gewissen zeitlichen Vorlauf für die Terminwahrnehmung benötigen.

Sachgerecht ist auch, dass patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung kooperierender Einrichtungen oder Teammitglieder stattfinden und dass das Tandem sich einmal im Quartal bespricht.

Unter Punkt 2 wird der Zugang zur Aufnahme der Versorgung nach dieser Richtlinie beschrieben. Dieser Zugang sieht jedoch nach Nummer 1 zwingend vor, dass eine Eingangssprechstunde aufgesucht wird. Das impliziert auch, dass die Kinder und/oder Jugendlichen in die Praxis der mitwirkenden Behandelnden kommen. Es gibt jedoch eine kleine, aber nicht zu vergessende Zahl an Kindern und Jugendlichen, die aufgrund ausgeprägter Ängste nicht dazu in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen. Nicht selten werden diese Kinder und Jugendlichen dann zwangsweise einer Krankenhausbehandlung zugeführt. Wie in Modellprojekten nachgewiesen wurde, lassen sich solche Zwangseinweisungen durch aufsuchende Behandlung, insbesondere im Erstkontakt, oftmals vermeiden. Deswegen fordert der bvvp, dass unter Absatz 2 die Möglichkeit aufsuchender Arbeit aufgenommen wird. Diese sollte sowohl in der häuslichen Umgebung der Familien als auch in Schulen und/oder Jugendhilfeeinrichtungen möglich sein. Das gilt sowohl für den Erstkontakt als auch für die laufende Behandlung und bedarf somit als neue Leistung auch einer gesonderten Leistungsbeschreibung.

Zu §9

Die Bestimmung nach Absatz 4 Satz 1, nach der eine parallele Behandlung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen ist, ist uneindeutig und sollte durch das Einfügen des Wortes „weiteren“ zwischen den Worten „einem“ und „patientenindividuellen Team“ präzisiert werden.

Außerdem wird als kritisch gesehen, dass Praxen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung versorgen, ihre gut etablierten praxisinternen sozialpsychiatrischen Versorgungsangebote nicht neben einer Versorgung nach dieser Richtlinie zum Einsatz bringen können. Die Sozialpsychiatrie-vereinbarung schafft die Voraussetzungen für eine berufsgruppenübergreifende intramurale Behandlung in der Praxis. Diese Richtlinie eröffnet die Chance für eine extramurale Kooperation der genannten Berufsgruppen. Beides sollte sich nicht wechselseitig ausschließen, sondern insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche synergistisch genutzt werden.

Zu § 13

Für eine Erleichterung des Sektorenübergangs muss die Durchführung der Eingangssprechstunde schon während des Krankenhausaufenthalts möglich sein. Das Gesetz begrenzt diese Möglichkeit bisher auf die probatorischen Sitzungen, die aber im Zusammenhang mit dieser Richtlinie unpassend wären. Man muss auf den Gesetzgeber hinwirken, damit hier eine Änderung erfolgt.

Zu § 14

Hier wird in Satz 2 ausgeführt, dass das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie regelmäßig zu überprüfen sei. Hier muss zwingend ergänzt werden, dass es sich bei der Bestimmung, nach der die Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus mindestens mit 4 eingeschätzt werden muss, um ein Eingangskriterium handelt. Daraus folgt, dass eine Besserung im Behandlungsverlauf nicht zwangsläufig die Beendigung der Teilnahme an der Versorgung nach der Richtlinie zur Folge hat.

Mit dieser Richtlinie wird eine herausragende Verbesserung der Versorgung für psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche geschaffen, die insbesondere bei der Aufnahme aufsuchender Behandlungsangebote schnell zu einer Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen führen kann. Dieses Angebot sollte ihnen nicht gleich nach einer ersten Stabilisierung genommen werden, weil ansonsten sogenannte Drehtüreffekte zu erwarten sind. Eine Beendigung der Teilnahme sollte nur für den Fall verpflichtend vorgeschrieben sein, dass der komplexe Behandlungsbedarf nach §2 Absatz 3 nicht mehr vorliegt und/oder das Behandlungsteam gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen und seiner Familie feststellt, dass die spezifischen Behandlungsziele nach dieser Richtlinie erreicht sind und nunmehr eine Regelversorgung ausreichend ist.

Fazit:

Die Zukunft der medizinischen Versorgung, nicht nur psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener, wird aufgrund des zunehmend komplexer werdenden Behandlungsbedarfs im Ausbau und der Konzeptualisierung individueller patientenorientierter Behandlungsangebote liegen. Dieser erfordert zwingend eine Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit. Diese Richtlinie, die gemäß dem gesetzlichen Auftrag genau dieser Notwendigkeit folgt, sollte die Kinder und Jugendlichen – ihre Vorstellungen, Nöte und Sorgen, aber auch ihre Ressourcen – in den Mittelpunkt des Handelns stellen. Sie sollte Stigmatisierung und Ausgrenzung eindämmen, ein Empowerment der Betroffenen und Selbsthilfe durch die Einbindung von Genesungsbegleiterinnen und Begleitern fördern, eine zukunftsfähige Vorstellung von Interprofessionalität erkennen lassen und den Weg zur Zusammenarbeit zwischen den jungen Patient*innen, deren Familien und allen beteiligten Berufsgruppen auf Augenhöhe ebnen. Das ist auch eine Voraussetzung für die notwendige Einbindung der unterschiedlichen Fachkräfte!

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen

Paul Bomke
Fachgruppenvorsitzender

Pfalzklinikum AdöR, Weinstraße 100, 76889 Klingenmünster

Gemeinsamer Bundesausschuss
z.Hd. Frau Regine Kleinert
Postfach 120606
10596 Berlin

Telefon 06349/900-1000
Telefax 06349/900-1098
E-Mail paul.bomke@pfalzklinikum.de
Internet www.vkd-online.de

Unser Zeichen bo/mf
Datum 17.10.2023

vorab via E-Mail: regine.kleinert@g-ba.de

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Sehr geehrte Frau Kleinert,
sehr geehrte Mitglieder des Gemeinsamen Bundesauschusses,

wir bedanken uns ausdrücklich für die Möglichkeit der Stellungnahme zur „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf".

Als Verband vertreten wir Verantwortliche für das Management von Krankenhäusern, so auch letztverantwortliche Entscheidungsträger*innen psychiatrischer Einrichtungen in unserer Fachgruppe. Ausdrücklich begrüßen wir die Bestrebung mittels einer Richtlinie ein strukturiertes und multiprofessionelles Behandlungsangebot im ambulanten Setting für Kinder und Jugendliche zu strukturieren. Aus unserer Sicht ist es eine der vordergründigen Notwendigkeiten, niederschwellige und strukturiert vernetzte Angebote einer ambulanten Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sicher zu stellen und zu fördern.

Erlauben Sie uns unsere Stellungnahme nicht in der von Ihnen gewohnten Fassung absatzweise vorzunehmen. Vielmehr möchten wir übergeordnet den Entwurf der Richtlinie aus unserer praxisnahen Perspektive einordnen, da beim Studium der Richtlinie unsere originären Versorgungsstrukturen durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) nicht als Adressaten der Richtlinie zu identifizieren sind, sondern vielmehr niedergelassene Strukturen, die mit PIAs in eine Kooperation eintreten können.

Die abschließende Aufführung von Personengruppen, die in der multiprofessionellen Versorgung nach dieser Richtlinie vorgesehen sind, erscheinen aus der Praxis ambulanter Versorgung komplexer Fälle unvollständig. Zudem erscheint es uns in Anbetracht der vielen neuen Ausbildungs- und Studienfächer unnötig eine derart ausführliche abschließende Aufzählung von möglichen Behandlern vorzunehmen.

Die koordinierende Person ist in dem vorliegenden Entwurf die einzige aufsuchende Rolle, während im Sinne einer nachhaltigen milieutherapeutischen Behandlung mit und im Familiensystem hier der Kreis von berechtigt aufsuchenden Rollen zwingend erweitert werden müsste. Kinder und Jugendliche leben nicht isoliert, sondern stets in einem familiären bzw. sozialem Umfeld mit diversen Abhängigkeiten voneinander. Hier lediglich die Rolle des Koordinators vorzusehen erscheint in der Versorgung Erwachsener nachvollziehbar, bei Kindern und Jugendlichen jedoch verfehlt.

Ebenfalls ist im Rahmen der Koordination und multiprofessionellen Zusammenarbeit bisher keine Vernetzung mit wesentlichen Akteuren außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung vorgesehen. Dabei ist die Einbindung von Schulen, Jugendämtern, Jugendhilfeträgern, Familiengerichten und weiteren amtlichen Strukturen gerade bei schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne einer zielgerichteten Behandlung zwingend erforderlich und teilweise formalrechtlich notwendig. Dieser Aspekt muss dringend noch tiefergehend berücksichtigt werden.

Der Zugang und die Dokumentation der Kriterien um sich für eine Behandlung nach dieser Richtlinie zu qualifizieren erscheinen in einem Missverhältnis zur Beschreibung tatsächlicher Erweiterungen von Versorgungsleistungen zu stehen. Auch vor diesem Hintergrund stellen wir in Frage, ob diese Richtlinie für an der Versorgung beteiligte Personenkreise eine Strukturierung und Verbesserung der Versorgung darstellt oder vielmehr als eine zusätzliche bürokratische Hürde bei der ohnehin komplexen Versorgung wahrgenommen bzw. interpretiert wird. Hier liegt gesamtgesellschaftlich ein hohes Risikopotential, das gerade aufgrund der Krankheitsschwere für diese Art der Versorgung qualifizierte Kinder und Jugendliche eben nicht nach dieser Richtlinie versorgt werden.

Die grundsätzliche Absicht des Gesetzgebers zur Einrichtung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf begrüßen wir ausdrücklich und unterstützen derartige Denkansätze. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung muss nach unserem Verständnis grundsätzlich neu gedacht werden, wobei es gilt sektorenübergreifend und vernetzt zu handeln. Jedoch greift die Richtlinie dabei viel zu kurz. Eine bessere Verankerung von Angeboten für schwer psychisch kranke Personen ist zu unterstützen, sollte aber primär an bestehenden Versorgungsangeboten ansetzen und nicht parallele Instrumente mit zusätzlichem bürokratischen Aufwand schaffen. Sektorenübergreifende und vernetzte Behandlung kann nicht durch immer kleinteiligere Richtlinien erreicht werden, sondern bedarf einer grundsätzlichen gesetzlichen Verankerung, z.B. in dem Modellvorhaben nach § 64b SBG V künftig in die Regelversorgung überführt werden und einem Kontrahierungszwang für die örtlichen Krankenkassen unterliegen. Hierbei könnte dann die Angebotsstruktur für schwer psychisch kranke Personen fest verankert werden, so dass den schwer betroffenen Patienten zuverlässig entsprechende Behandlungs- und Versorgungsangebote gemacht werden können. Die Richtlinie wird das aktuell in verschiedenen Regionen vorherrschende Problem nicht (flächendeckend) lösen können und ist daher auf Grund ihrer kleinteiligen Regelungen, der fehlenden Flexibilität und der übertrieben hohen Bürokratieprozesse aus unserer Sicht grundsätzlich abzulehnen.

Für einen tiefergehenden Austausch zu diesen und weiteren Themen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Paul Bomke
Vorsitzender
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGPKP)
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
(z.B. GKV-SV)	Der Entwurf geht in keiner Weise auf die pflichtversorgenden Krankenhäuser ein, die aber für die Krisenpläne ein notwendiger Teil der Netzwerke sind. Völlig klar ist, dass bei den großen Versorgungsgebieten der Kliniken für KJPP regelhaft mehrere Netzwerke von einer Klinik aus bedient werden müssen, was einen erheblichen Aufwand generieren kann. Er geht ebenfalls in keiner Weise auf den vorher geeinten (!) Schweregrad der psychiatrisch gestörten Kinder und Jugendlichen ein, die ein einfacher „Fallmanager“ nicht zu überblicken vermag. Es sei nochmals angemerkt, dass ein zusätzlicher Fallmanager noch eine Bezugsperson für ein Kind oder einen Jugendlichen darstellen würde, neben Eltern, Psychotherapeuten/Kinder-Jugendpsychiater, Jugendamtsmitarbeiter, Schulsozialarbeiter, Bezugslehrer etc. etc. was aus Sicht der Betroffenen das System weiter verkompliziert. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendpsychiater sind wesentlich dünner gesät als solche für Erwachsene. Daher müssen Kolleg:innen mit „halben Sitzen“ (die im übrigen seit der letzten Reform auch „entdeckelt“ worden sind) ebenso für die Komplexversorgung zugelassen werden. Detaiilierteres dazu im Anschreiben der DGKJP.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Wir würden dafür plädieren, Satz 3 zu ändern in: Es soll für diese Patientengruppe eine verpflichtende Sozialgesetzbuch-übergreifende Zusammenarbeit etabliert werden, damit alle relevanten Bezugspersonen einbezogen und alle potenziellen Hilfen aktiviert werden können.	Eine Kooperationsverpflichtung ist bereits im SGB IX kodifiziert. Bei den Komplexfällen, um die es hier geht, ist SGB-übergreifende Kooperation absolut erforderlich.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die geeinte Formulierung ist für uns zustimmungsfähig. Wenn denn die Erklärung, dass Kriseninterventionen vereinfacht würden, auch im Regelwerk umgesetzt würde; durch den mangelnden Einbezug von PIAs und damit von Kliniken können wir diesbezüglich neben der ohnehin bestehenden Pflichtversorgung der Kliniken keine „Vereinfachung“ erkennen.	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Eine Verkürzung und Vermeidung stationärer Aufenthalte ist sehr zu begrüßen (siehe Papier der Regierungskommission)- daher Zustimmung.	Durch Krisenpläne werden ggfs. Aufenthalte vermieden. Durch gesicherte Anschlussversorgung können sie verkürzt werden. Allerdings sollten Kliniken über ihre PIAs und Weitergabe an die aufnehmenden Stationen in die Erstellung von Krisenplänen einbezogen sein, damit sie reibungslos durchgeführt werden können (siehe Begleitschreiben der DGKJP).
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Wir stimmen dem Vorschlag der PatV ebenfalls zu. Eine Versorgung in der häuslichen Umgebung sollte auch durch jede Einzelpraxis ermöglicht werden. Dazu müssten allerdings Vorgaben zur Praxispräsenz in einzelnen KVen kritisch betrachtet werden. Vorschlag :Man sollte beide Formulierungen hintereinander aufnehmen!	Die Versorgung in der häuslichen Umgebung sollte prinzipiell Vorrang vor anderen Versorgungsformen haben und stationäre Aufnahmen überflüssig machen. Allerdings ist die Richtlinie insgesamt nicht danach ausgelegt, und es würde auch die enge Kooperation mit den Jugendämtern erfordern.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV. Wir sehen dazu in den Anlagen B) und C) allerdings keine Regularien.	Die Komplexität der Leistung kann eine weiter gehende Einzeltherapie in einer niedergelassenen Psychotherapeut:innen-Praxis, aber Medikation durch die PIA und/oder Teilnahme an einer Gruppentherapie in der PIA erfordern.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Betonung auf „Weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme“, wie GPV-Strukturen oder RPKs. Wir schlagen vor, hier einzelne Systeme (GPV-Strukturen, RPKS) namentlich und beispielhaft zu erwähnen	Dem nicht kundigen Laien – auch bei örtlichen Kostenträgern – dürften die Strukturen nicht bekannt sein.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Die psychische Entwicklung z.B. von Kindern psychisch kranker Eltern/Mütter in den ersten beiden Lebensjahren bedarf häufig der Kooperation zwischen dem kinder- und dem

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			erwachsenenpsychiatrischen System zur Sicherung des Kindeswohls. Schon Säuglinge können bei Vernachlässigung eindeutige Symptomatiken entwickeln und bedürfen dann gerade zur Vermeidung späterer gravierender Folgen mit hohen Kosten einer koordinierten Intervention; im erwachsenenpsychiatrischen System werden oft nur die Mütter gesehen. Drohende Reaktive Bindungsstörungen z.B. wären durch diese Richtlinie früh zu erkennen und zu behandeln sowie im Verlauf zu beeinflussen, unter Einbezug der Kinderärzte.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Kann aufgenommen werden, wenn der Abschnitt von KBV/DKG/PatV gleichzeitig aufgenommen wird.	Für Kinder- und Jugendliche gilt IMMER das MAS. Die Zielgruppe lässt sich dadurch aber nicht beschreiben – erhebliche Auseinandersetzungen mit den MDs über die schlecht definierten Einschlusskriterien wären zu befürchten.
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Es benötigt klare Kriterien für die Zugehörigkeit zur Zielgruppe. Die 6. Achse des MAS ist zwar nicht so gut operationalisiert wie z.B. die ICF, aber breit eingeführt, praktikabel und hat eine hinreichende Interraterreliabilität. Sie reicht zur Definition der Zielgruppe völlig aus.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse		

des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Das Kriterium 1 ist verzichtbar, da ALLE Patienten eine Diagnose auf Achse 1 haben müssen. Die Achse 1 muss in der Verordnung den Fachleuten nicht nochmals erklärt werden.

Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				Das Kriterium 2 ist ebenfalls verzichtbar: Die meisten Patienten und Patientinnen der Zielgruppe haben sehr viel mehr abträgliche psychosoziale Umstände als 2, die in ihrer Kombination und Kumulation sehr unterschiedliche Beeinträchtigungsgrade hervorrufen (z.B. ist eine „Abnorme familiäre Situation“ bei Alleinerziehenden oder Patchworkfamilien prinzipiell gegeben, was objektiv nicht als schädigendes Moment zutrifft. Das Kriterium 3. stimmt mit dem Vorschlag von GKV/KBV/PatV überein.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder

Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung	Hier liegt eine Überkonkretisierung vor. Häusliche psychiatrische Krankenpflege nach § 4 (2) 3. existiert für Kinder z.B. praktisch nicht – Kinder sollten aber durch „Kinderspezialisten“ behandelt werden lt. UN.KRK. Ergotherapie ist nur für eine kleine Subgruppe der Patienten, die zusätzlich Störungen auf der Achse 2 des MAS haben zwingend erforderlich, aber nicht für alle Patient:innen dieser Richtlinie, daher taugt das Kriterium nicht.
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Entscheidend sind „2 Maßnahmen“, d.h. etwas das z.B. über Richtlinienpsychotherapie im SGB V hinaus geht. Der psychosoziale Interventionsbedarf kann dann auch sektorübergreifend (durch z.B. Schulwesen,

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Jugendamt) sichergestellt werden, es geht hier um die Koordination aller Maßnahmen.
§ 2 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Die Komplexität der Behandlungsanforderungen wirkt in der Formulierung zu gering (nur eine Maßnahme und sonstige psychosoziale Interventionen) damit würde die Zielgruppe sehr, sehr groß.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Bitte Ergänzung: „sofern nicht der Zustand des individuellen Patienten nach gemeinsamer Einschätzung im Netzverbund dagegen spricht“	Es kann für intelligenzgeminderte oder sonst entwicklungsverzögerte junge Menschen über 18 Jahre sehr angeraten sein in den „jugendtypischen“ Strukturen entsprechend des Entwicklungsstandes zu verbleiben. Hier würde eine Abkehr von der Patientenzentrierung, die eingangs formuliert ist und in § 3(2) aufgenommen wird, kodifiziert. Dazu sollte allerdings eine gemeinsame Einschätzung vorgenommen werden.

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zur Ergänzung KBV/DKG/PatV bei Nr. 4	Es muss dringend der Bezugstherapeut/-arzt den Übergang persönlich koordinieren. Nur er überblickt die Komplexität der Transition und die fachliche Übergabe.
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung. Bitte Ergänzung: die Zusammenarbeit mit gemeindepsychiatrischen Anbietern sollte berücksichtigt werden.	Dieses sollte explizit erwähnt werden, da unter Kinderspezialisten nicht breit bekannt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Ablehnung	Die zusätzliche Aussage ist verwirrend. Wo sollen „davon abweichende

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Altersregelungen“ kodifiziert sein? Das müsste dann erwähnt werden.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung zur Ergänzung	Z.B. sollte dadurch die Teilnahme an kommunalen Gesundheitskonferenzen ermöglicht werden, auch allgemeine organisatorische/strukturelle/fachliche Dinge sollten koordiniert werden. Ohne einen patientenübergreifenden Austausch können die Systeme nicht angenähert und die Transition nicht strukturell gefördert werden.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	Zustimmung zum Vorschlag der PatV unter 5. Und 6.	Es ist sinnvoll eine Institutsambulanz zuzulassen, da die dort beschäftigten Ärzte und Psychotherapeuten wechseln können und dann erst eine erneute Zulassung beantragt werden müsste; auch müsste für jeden Patienten der PIA (anders als in einer SPV-Praxis mitarbeiterbezogen) je nach Behandler ein neuer Netzwerkpartner zugelassen werden. Daher ist die PIA als Gesamtkonstrukt einzubeziehen. Für behinderte Kinder sind SPZs hier ebenfalls ein wichtiger Kooperationspartner, die je nach Region auch Versorgungsaufgaben übernehmen. Für Krisenpläne sind die PIAs und die Krankenhäuser u.E. ein

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				essentieller Bestandteil des Netzwerkes. (ODER sollen für Jugendliche eigene Krisenstrukturen geschaffen werden?)

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinweis: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben

	Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	Bei Annahme des erweiterten § 4 (1) wäre § 4 (2) verzichtbar, denn mit all diesen weiteren Einrichtungen kann kooperiert werden (ebenso wie mit Kinder- oder Hausärzten ohne 2jährige KJP-Weiterbildung), was Sinn des Netzverbundes ist. Nochmals sei erwähnt dass Leistungserbringer zu psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V i.d.R. KEINE Zulassung und Kompetenzen für die Behandlung von Kindern haben – allenfalls für psychisch kranke Eltern. Auf die Vermeidung einer „Verschaffung neuer Marktanteile“ durch diese Richtlinie sollte geachtet werden!
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung	Dto, siehe oben

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Einfache Regelung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung	1 Arzt und 1 Psychotherapeut sind noch kein Netzwerk.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Ablehnung	Siehe Ausführungen weiter oben. Krankenhäuser sind im Rahmen ihrer Pflichtversorgung für Krisen sowieso immer beteiligt und sollten auch primär Teil des Netzwerkes für die besonders komplex gestörten Patienten sein – d.h. nicht nur „bei Bedarf“. Psychiatrische häusliche Krankenpflege müsste auf Kinder und Jugendliche spezialisiert und dafür zugelassen sein.

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2">[GKV-SV: (3)] [KBV/DKG: (5)] Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:</td><td>(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung],
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 11] [PatV: 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
</table>

	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Prinzipielle Zustimmung; aber wäre es nicht möglich, eine allgemeine Formulierung zu finden anstelle 13 verschiedene Player aufzulisten, die sicherlich (!) keine abschließende Aufzählung darstellen? Bei 5., 6., 7., 8. Müsste zwingend ergänzt werden: „zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisierte“	
§ 4 Absatz 3		PatV	Zustimmung zum Einleitungssatz;	Die Formulierung „Zusammenarbeit angestrebt“ ist besser als „bei Bedarf einbezogen“, denn laut SGB IX gilt für die

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			ansonsten wie für die anderen Bänke; es fehlen unter 13. die Schulsozialarbeiter	meisten genannten ein „Kooperationsgebot“ und sie müssen nicht zusätzlich für Kooperation aus dem SGB V finanziert werden.
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG: 10.] [PatV:** 9.]*	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer		

für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Ergänzung Es fehlen hier die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, bitte ergänzen; die PPth müssen eine Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben	KJPth sind für diese RiLi noch wichtiger als die Psychologischen Pth

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen	

	für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Eine zusätzliche Bezugsperson ist für Kinder und Jugendliche neben Eltern, Mitarbeitenden des Jugendamtes (das laut Gesetz für die Koordination der psychosozialen Hilfen zuständig ist), zusätzlichen Erziehungsbeiständen etc., Bezugslehrern, Schulsozialarbeitern, Psychotherapeuten/KJ-Psychiatern nicht mehr tolerabel. Die Patienten dieser Richtlinie sind so schwer erkrankt und der Bedarf so komplex dass eine koordinierende Person sehr viel mehr zu tun hätte als Termine zu vereinbaren und zu begleiten. Sie würde wenn Koordination des Falles mehr sein sollte als Terminvereinbarung in das elterliche Sorgerecht eingreifen. Die Koordination sollte somit eng an die Therapeutische Fallführung gekoppelt sein, die wiederum einzelne Aufgaben an Mitarbeitende (z.B. des Praxis-Sekretariats) delegieren kann.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des		

Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Hier wird ein zusätzlicher, überflüssiger bürokratischer Aufwand generiert.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	Entweder man kooperiert und einigt sich auf ein Vorgehen oder das Netzwerk ist sinnlos

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die

		Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV	Ablehnung	Die Information muss über die Patienten und Familien hinaus gehen
§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Zusätzlicher bürokratischer Aufwand

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Ablehnung	So unkompliziert wie möglich, bei KBV/DKG hinreichend geregelt
§ 4 Absatz 6	PatV	Teilweise Zustimmung	Das Nationale Gesundheitsportal könnte für den Überblick über die Verbreitung der Netzwerke sinnvoll sein.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Ablehnung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Beste und weitestgehende Beschreibung
§ 5 Absatz 1	PatV	Ablehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ablehnung	Ein voller Versorgungsauftrag widerspricht der Versorgungsrealität für Kinder und Jugendliche mit überwiegen von Ärztinnen und

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		Teilweise Zustimmung zu „oder bei einem solchen angestellt sein“. So ist es auch in den PIAs und in den SPV-Praxen.	Psychotherapeutinnen in Teilzeit; die Erreichbarkeit muss anderweitig gesichert sein
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung,	Beschreibung trifft zu -- hier spielt der Angestellten oder Freiberufler-Status durch die Betonung der Fachlichkeit keine Rolle

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt

zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)		oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Zustimmung	Es gibt in besonders schweren Fällen mit der Erforderlichkeit krankenhausnaher Behandlung jahrelange Behandlung durch PIA-Ärzte – Patienten aus diesem System sollten nicht benachteiligt sein

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung zum Zusatz „im Anschluss an die Eingangssprechstunde“	Ist besser operationalisiert
§ 5 Absatz 2	PatV	„Patientenindividuell“ JA, „Aufgabe“ JA	Im Sinne der Partizipation bessere Begrifflichkeiten.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Zustimmung	Besonders relevante somatische Aspekte erfordern eine ganzheitliche, ärztliche Zuständigkeit incl. der Fallführung als Bezugstherapeut

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Zustimmung	s. weiter oben. PIA-Patient:innen sollten nicht von der Richtlinie ausgeschlossen werden.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Weiter oben bereits regelbar – man muss es nicht eigens nochmals erwähnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der		

Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG	Zustimmung	
	PatV	Zustimmung	Hier kann ein Konflikt entstehen, aber die Behandlungskontinuität ist prognostisch sehr wichtig

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	

2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung	s.o., wir lehnen eine eigene koordinierende Bezugsperson ab
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG	Zustimmung – 5. Ist auch wichtig	Diese Formulierung deckt alle denkbaren Fallkonstellationen ab
	(z.B. Nummer 4)	PatV	s.o.	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	**s.o.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	**Ablehnung**	**s.u.**
§ 6		KBV/DKG/ PatV	**Ablehnung**	**s.u.**
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	**Ablehnung**	Die nun doch erfolgende Einführung einer koordinierenden Bezugsperson durch alle Bänke verwirrt. Es gilt das oben gesagte zur Ablehnung einer koordinierenden Bezugsperson – unabhängig von möglicher Delegation

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	**S.o.**
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Knappe und ausreichende Formulierung
§ 7 Absatz 1	PatV	Ablehnung	Ein zusätzliches Adhoc Team ist nicht erforderlich, wenn alle anderen selbstverständlich zeitnah verfügbar sind

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche

Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen	sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen;	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Ablehnung	Zu bürokratisch
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV	Ablehnung	
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG	Zustimmung	Der einzige inhaltliche und gut begründbare Vorschlag; die inhaltliche Detailliertheit ist an dieser Stelle sinnvoll
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV	Ablehnung	Zu wenig Inhalt

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV	--	
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	--	
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Ablehnung	Vorschlag KBV/DKG ist inhaltlich ausführlicher und zutreffend
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	**Zustimmung**	**Entspricht den rechtlichen Vorgaben, hier soll keine Grauzone existieren können**

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Geschäftsstelle • Reinhardtstraße 27 B • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Psychotherapie und
psychiatrische Versorgung
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Per E-Mail: KJ-KSVPsych@g-ba.de

Berlin, 17.10.2023

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
Stellungnahme der DGKJP

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir nehmen Stellung zu den Entwurfsfassungen zur KSV-Psych § 92 Abs. 6b für Minderjährige.

Mit Verwunderung nehmen wir zur Kenntnis, dass uns eine Fassung zur Kommentierung übergeben wird, bei der in vielen Punkten die Versionen der einzelnen „Bänke“ sehr weit auseinanderliegen. Wir halten die Kommentierung einer solch offenbar wenig geeinigten Fassung für eine Zumutung. Partizipative Prozesse sind sicherlich zu begrüßen, es kann aber nicht Aufgabe sein, eine offenbar nicht erfolgte, aber notwendige Abstimmung der Selbstverwaltungspartner im G-BA zu übernehmen.

Mit noch größerer Verwunderung nehmen wir zu Kenntnis, dass offenbar die bei Anhörungen von vielen Vertreter:innen aus Wissenschaft und Versorgung, auch der DGKJP, relativ einmütig skizzierten Notwendigkeiten und Zielgruppen einer solchen Richtlinie in fachlich begründeter Abweichung von der Richtlinie für Erwachsene offenbar im G-BA nicht ausreichend rezipiert wurden.
Es ist erschreckend, dass der Vorschlag der GKV z.B. zusätzliche Lotsen/Koordinatoren einführen will, weit unterhalb der Qualifikation, die einhellig von Sachverständigen benannt wurden.
Es bedarf bei Kindern und Jugendlichen keiner zusätzlichen weiteren Personen, sondern es wurde darauf hingewiesen, dass die

Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Präsident
Prof. Dr. med. Marcel Romanos
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident
Prof. Dr. med. Michael Kölch
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister
Prof. Dr. med. Tobias Renner
Direktor der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum Tübingen

Schriftführerin
Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Frankfurt

Beisitzerin
Prof. Dr. med. Renate Schepker
Beisitzerin, Schwerpunkt fachpolitische Geschäftsführung
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg
Renate.schepker@zfp-zentrum.de

Beisitzerin
Prof. Dr. Tanja Legenbauer
Beisitzerin, Leiterin Forschung und Testdiagnostik an der Kinder- und Jugendpsychiatrie
LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum

Beisitzerin
Prof. Dr. med. Luise Poustka
Beisitzerin, Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität,
Universitätsmedizin Göttingen

Ehrenpräsidenten
Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Mannheim

Kooptierte Mitglieder
Dr. med. Martin Jung
Vorsitzender der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des BKJPP

Geschäftsstelle
Dr. Mareike Alscher, Dipl.-Soz.
Laura Ceresna-Chaturvedi, M.Sc
Antje Rößler, Dipl. Betriebswirtin (BA)
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
☎ 030 / 28 09 43 86, 🖷 030 / 27 58 15 38
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: http://www.dgkjp.de

Koordination nur mit der Expertise von Fachärzt:innen oder approbierten Psychotherapeut:innen sinnvoll möglich ist, da diese entsprechende Entscheidungen treffen können aufgrund der Symptomatik, der Evidenz und Notwendigkeit von Maßnahmen (z.B. auch Pharmakotherapie bzw. deren Surveillance). Ca. 35% der stationären Patient:innen haben vor und ca. 70% haben nach einem KJPP-Aufenthalt Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe und erhalten Leistungen über das SGB VIII. Dort gibt es bereits Fallmanager, in der Zukunft Verfahrenslotsen etc.. Es ist schlechterdings nicht vorstellbar, Kindern und Jugendlichen und ihren Familien eine Vielzahl von Lots:innen zuzumuten. Da die Rechtskreise des SGB V und des SGB VIII sich nicht aufeinander beziehen, wird ein Casemanagement im SGB V nicht die Lotsen im SGB VIII erübrigen. Bereits aus den Frühen Hilfen ist bekannt, dass nicht eine Vielzahl von Lotsen die Qualität verbessert, sondern das verbindliche Netzwerk mit der entsprechenden professionellen Verantwortung. Der Vorschlag einer solchen Lotsenfunktion, die nicht ärztliche/ psychotherapeutische Expertise beinhaltet, ist also nur ein zusätzliches „face to the customer“, Zusatzaufwand ohne Mehrwert und wird zu einer Verschlechterung in der Versorgung führen.

Selbstverständlich wird eine koordinierte Leistungserbringung nur mit Einverständnis der Patient:innen erfolgen können. Wir möchten aber an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass dies die Regel in der KJPP ist, und der Aufwand in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) deutlich höher als in der Psychiatrie für Erwachsene ist. Es geht nicht nur um das Einverständnis eines/r Patient:in, sondern auch um das von Sorgeberechtigten. Nachdem das gemeinsame Sorgerecht die Regel ist und überdies 40 % aller Ehen geschieden werden, dürfen wir auf die Realität in unserer Praxis hinweisen, in der jeden Tag in der Behandlung diesen aufwändigen Konstellationen Rechnung getragen wird. Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der KJPP ist es zudem, dafür zu werben, Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII über die Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen, gegen viele Ängste und Vorbehalte von Eltern gegenüber dem Jugendamt. Insofern können wir durchaus den Gedanken, die entsprechenden Regelungen in dem Entwurf zu kodifizieren, verstehen, allerdings zeigt eine solche zusätzliche Kodifizierung auch die Unkenntnis der Praxis, wie auch der ohnehin geltenden gesetzlichen Regelungen. Eine Behandlung in der KJPP, auch ambulant, gilt nach entsprechender Rechtsprechung nicht als eine Angelegenheit des alltäglichen Lebens und bedarf neben der Kooperation des betroffenen Kindes oder Jugendlichen der Unterschrift beider Sorgeberechtigter.

Wir weisen noch einmal darauf hin, dass u.E. nach die KSV Psych-KJ für die schwerst Erkrankten gedacht sein sollte, die bereits jetzt im System sind, aber bei denen koordinierte und umfassende Leistungen, die auch eine Beziehungskontinuität beinhalten, aufgrund regulatorischer Hindernisse nicht möglich sind. Wir vermissen diese explizite Ausrichtung bei den uns nunmehr vorgelegten Entwürfen. Dies würde auch eine Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) notwendig machen (vgl. Ausführungen weiter unten in den detaillierten Anmerkungen).

Weitere Anmerkungen zu Details finden Sie in der von uns ausgefüllten Anlage – die Mühe haben wir dennoch nicht gescheut. Vielleicht helfen die Anmerkungen den weiteren Beratungen.
Die Antworten zu Anlage 9, Teile B und C behalten wir uns für einen späteren Zeitpunkt vor. Zunächst werden hier aus unserer Sicht „Selbstverständlichkeiten“ geregelt.

Das „Überweisungsgebot“ halten wir für verfehlt – alle der möglichen Patient:innen sollten bei einer der genannten Anlaufstellen bereits im System und in Behandlung sein – was die Prüfung der Indikation und Eignung für die Komplexbehandlungsrichtlinie nicht entbehrlich macht. Hier wird eine u.E. gänzlich überflüssige Hürde aufgebaut.
Wir vermissen im Weiteren vor allem beim Sektorenübergang (§ 13) die Erwähnung, dass es möglich sein muss, während einer stationären Behandlung einen Austausch zwischen Netzverbund und Krankenhaus herbeizuführen, um die nahtlose Weiterbehandlung zu sichern. Das geht über die bisherigen Formulierungen weit hinaus. In der jetzigen Form werden Doppelstrukturen mit „Bedarfsprüfung“ durch das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements und der „Eingangssprechstunde“ des Netzwerks geschaffen, die mit der Richtlinie nach unserer Auffassung eigentlich abgeschafft werden sollten. Für eine prospektive ambulante Psychotherapie sind zwar wie bisher schon kodifiziert und möglich Sitzungen mit dem ambulanten Psychotherapeuten während der stationären Behandlung vorgesehen, aber kein Austausch der Behandelnden untereinander.

In der Zusammenschau stellen wir enttäuscht fest, dass es dem Unterausschuss offenbar nicht gelungen ist, bisher eine tragfähige, sinnvolle und geeinte Fassung vorzulegen, die hinreichend die Bedürfnisse der Patient:innen und der dazugehörigen Familien berücksichtigt, so wie es auch von uns in der Anhörung dargelegt wurde.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Marcel Romanos
Präsident DGKJP

_____

Anlage
Formular Stellungnahme Teil A

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
Allen Beteiligten	**Der gesamte Beschlussentwurf ist in der vorliegenden Fassung für Außenstehende nur sehr erschwert zu bearbeiten. Es sollte Voraussetzung sein, dass der G-BA eine weitgehend konsentierte Fassung erarbeitet hat, bei der nur noch einzelne Sätze oder Formulierungen zur Kommentierung für die Stellungnehmenden vorgelegt werden.** **Im Übrigen sollte die KSVPsych-RL für die Erwachsenen sowohl strukturell als auch inhaltlich weitestgehend identisch sein. Beide Richtlinien betreffen in der Umsetzung dieselben Leistungserbringer:innen, die sich zügig und unbürokratisch darin zurechtfinden sollten.**
KBV/DKG	**Inhaltsangabe §7 und §11: die Formulierungen sind nahezu identisch mit der KSVPsych-RL für die Erwachsenen und sollte deshalb nach dem Vorschlag der KBV/DKG benannt werden.**

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	**Nummer 5**	**PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalt ist individuell vom Zustand der einzelnen Patient:innen abhängig, daher ist die Formulierung des „Bedarfs“ aus unserer Sicht passend.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	**Nummer 9**	**GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Wir bekräftigen die Zielsetzung des kontinuierlichen und strukturierten Austauschs, gerade auch durch regelmäßige Fallbesprechungen. Dieser inhaltlich notwendige Austausch scheitert aktuell an den fehlenden Strukturen und der Finanzierung der Arbeitszeit für alle Beteiligten.**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	**KBV/DKG /PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Es liegt kein sachlicher Grund vor, warum Kinder unter 3 Jahren (bzw. deren Sorgeberechtigte) bei einer Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			nicht von der neuen Versorgungsform profitieren können. Deshalb unterstützen wir die Formulierung „von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr“.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	**KBV/DKG /PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Formulierung „Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			von 4 bis 8 gegeben ist“ erleichtert die Zuordnung. Damit wird sichergestellt, dass die Zielgruppe zuverlässig erreicht wird.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und		

3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	**GKV-SV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Der Verweis auf die betreffenden Berufsgruppen ist konkret. Der Einsatz von mindestens 2 Maßnahmen erleichtert den Zugang für die Patient:innen zu der Versorgung.**
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	Nummer 1	PatV	Die Position der PatV wird unterstützt. Auch Leistungserbringer:innen der Logopädie/Sprachtherapie (Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) und Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V sind im Rahmen der Patientenversorgung zu berücksichtigen.	Es muss möglich, im Bedarfsfall neben der Ergotherapie auch die Heilmittelbereiche der Physiotherapie und Logopädie/Sprachtherapie einzubinden, um die Versorgungsziele nach § 1 zu erreichen.

§ 4 Absatz 2	**Nummer 2**	**GKV-SV**	**Diesem Vorschlag wird mit folgender Ergänzung zugestimmt:** **2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V, oder eine Soziotherapie nach §37a SGB V** **Die Beschränkung der bedarfsweise einzubindenden Heilmittelbereiche auf Ergotherapie greift zu kurz und ist daher abzulehnen. Bei der Behandlung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher können neben der Ergotherapie auch Störungsbilder der Logopädie/Sprachtherapie relevant sein.**	**Die Formulierung „sollen (…) eingebunden werden“ ist verbindlicher als die Formulierung „können“.** **Bei der Behandlung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendliche können neben der Ergotherapie auch andere Heilmittelbereiche relevant sein. Je nach Einzelfall ist auch die Verordnung von Physiotherapie und Logopädie für die Kinder und Jugendlichen bedeutsam.** **Zwar dürfen Vertragspsychotherapeut:innen gemäß § 35 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie selbst nur Ergotherapie verordnen, diese Beschränkung gilt jedoch nicht für die in § 4 Abs. 1 Ziff. 1 und 3 genannten teilnahmeberechtigten Vertragsärzt:innen. U.a. sind Psychogene Stimmstörungen, frühkindlicher Autismus, Kommunikationsprobleme bei Mutismus logopädisch relevante Störungsbilder. Daher darf bei entsprechendem Bedarf der Heilmittelbereiche Logopädie/Sprachtherapie nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.** **Im Falle von jungen Erwachsenen zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr findet die Zielsetzung der Soziotherapie Anwendung.**

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 4	**Nummer 2**	**KBV/DKG**	**Die Position der KBV/DKG wird unterstützt.** **Allerdings ist dem Entwurf von KBV/DKG unseres Erachtens eine klarstellende Änderung erforderlich:** **In § 4 Abs. 4 Ziff.2 wird das Wort „oder“ durch „und“ ersetzt.**	**Im Bedarfsfall muss es ebenfalls möglich sein, mehrere Leistungserbringer:innen einzubeziehen, wenn dies zur Erreichung der Versorgungsziele geeignet ist. Die von KBV/DKG gewählte Formulierung („oder“) könnte dahingehend verstanden werden, dass nur Leistungserbringer:innen aus einem Heilmittelbereiche einbezogen werden und nicht bei Bedarf auch aus mehreren Heilmittelbereichen nebeneinander.**

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2">**[GKV-SV:** (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:</td><td>(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**,
[GKV-SV/KBV/DKG: 6**.]** **[PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">**[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">**[KBV/DKG:** 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
</table>

	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
[PatV: Absatz 3**]**				
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**]** **[KBV/DKG:** (6)**]** **[PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[KBV/DKG: Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**]** **[KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**]** **[KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 2		**KBV/DKG/ PatV**	**Der Vorschlag wird zum Teil befürwortet.** **„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann auch durch (…)“**	**Die Formulierung „unterstützend“ ist aus unserer Sicht überflüssig. Die Tätigkeiten in dieser Versorgungsform sind allgemein unterstützend für alle weiteren Beteiligten.**
§ 6 Absatz 2	**Nummer 1**	**GKV-SV**	**Leistungserbringer:innen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V.** **Alternativ: In § 6 Abs. 2, Ziffer 1 wird „Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene“ durch „zulassungsfähige Leistungserbringer:innen nach § 124 Absatz 1 SGB V“ ersetzt.**	**Nach „ 124 SGB V können nicht nur Logopäd:innen zugelassen werden, sondern ebenfalls Absolvent:innen mit einem akademischen Abschluss. Die Formulierung im Entwurf berücksichtigt dies nicht.** **Hier sind auch nicht zugelassene Leistungserbringer (Angestellte) zu berücksichtigen.**
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	**Nummer 9 (ergänzt)**	**GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV**	**Nummer 9 neu: eine Leistungserbringende der Soziotherapie nach §37a SGB V**	**Siehe § 4 Absatz 2** **Im Falle von jungen Erwachsenen zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr findet die Zielsetzung der Soziotherapie Anwendung.**

§ 6 [GKV-SV: Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	**Letzter Satz**	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**	**Die tragenden Gründe führen aus, dass weitere konkretisierende Vorgaben zur Ausgestaltung der Zusatzqualifikation nicht erfolgen, die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen vielmehr im Genehmigungsverfahren nach § 4 Absatz 5 erfolgt.**	**Im Bereich der Logopädie/Sprachtherapie gibt es keine speziellen Weiterbildungen, die mit einem einheitlichen Zertifikat abgeschlossen werden, so dass auch fachspezifische Fortbildungen die gemäß § 125 SGB V von Leistungserbringer:innen in der Logopädie/Sprachtherapie regelmäßig zu erbringen sind, im Rahmen der Genehmigungsverfahren anzuerkennen sind.** **Dies sollte in den tragenden Gründen klargestellt werden.**

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2	**Nummer 4**	**GKV-SV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.** **„In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.“**	**Zwei Fallbesprechungen im Quartal sind eine realistische Größe für alle Beteiligten.**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
17.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	**PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Empfehlungen für die Versorgung eines/r Patient/in nach dieser Richtlinie sollte allen beteiligten Berufsgruppen möglich sein. So wird der Zugang zu der Versorgung auch tatsächlich bei vorliegendem Bedarf sichergestellt.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. Auf Basis des Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 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.		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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	**PatV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Formulierung ist verständlicher und klarer im Vergleich zu den anderen Vorschlägen.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	**GKV-SV / KBV/DKG**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Es wird ausdrücklich begrüßt, dass dem sozialen Umfeld weitere Hilfsangebote gemacht werden. Die Information der Bezugspersonen von schwer psychisch**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Erkrankten ist aus unserer Sicht essentiell. Die erfolgreiche Behandlung der Patient:innen hängt nicht unwesentlich davon ab, dass das soziale Umfeld informiert ist und Unterstützung erhält.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	**GKV-SV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Formulierung „Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen“ erfasst den Sinn dieser Versorgungsform und ist deshalb als Einleitung für den §10 sehr gut geeignet.** **„Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde (…)“ weist darauf hin, dass sich auch aus vorhergehenden therapeutischen Maßnahmen wertvolle Hinweise für den Behandlungsplan ergeben können.**
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	**komplett**	**PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Version als Aufzählung der PatV ist insgesamt klarer und lesefreundlicher.**

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	**KBV/DKG**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.** **„Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst“**	**Der Einbezug der Betroffenen ist unabdingbar für eine gelingende Umsetzung des Behandlungsplans.**
§ 10 Absatz 4	**PatV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.** **„Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.“**	**Die erfolgreiche Behandlung der Patient:innen hängt nicht unwesentlich davon ab, dass das soziale Umfeld informiert ist und die Patient:innen unterstützt.**

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	**GKV-SV**	**GKV-SV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Beschreibung der koordinativen Aufgaben ist zutreffend.**
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	**PatV**		**Dieser Vorschlag wird abgelehnt.**	**Dieser Absatz ist aus unserer Sicht eine Doppelung mit den Beschreibungen in § 7.**

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den		Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	**komplett**	**PatV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Aufzählung ist übersichtlich und lesefreundlicher als die anderen Vorschläge.**
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**]** **[PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	**KBV/DKG/ PatV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Beschreibung ist umfassender als der Vorschlag des GKV-SV. Die Hinweise auf die Leistungserbringenden helfen diesen beim Verständnis dieses Kapitels.**

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. 10117 Berlin Reinhardtstr. 13

Mail: cbp@caritas.de www.cbp.caritas.de

17. Oktober 2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Nach § 1 Abs. 1 S. 2 folgender Satz einzufügen: ***Die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere die Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden berücksichtigt.*** § 1 Abs. 1 S. 4 wie folgt anzupassen: Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere ***mit der Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe sowie interdisziplinären Frühförderstellen, SPZ sowie*** **Kita, Schule und** ***Aus- und Bildungsstätten und Berufsbildungswerken und Werkstätten für Menschen mit Behinderung etc.*****).**	Die Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere die Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung sind im bisherigen System aufgrund der fehlenden Barrierefreiheit und fehlender Angebote unterversorgt. Die Einbeziehung der Leistungssysteme der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII, der Eingliederungshilfe nach SGB IX, der Früherkennung und Frühförderung nach § 46 SGB IX sowie der Sozialpädiatrischen Zentren ist für die übergreifende Zusammenarbeit erforderlich, weil diese Systeme die ersten Unterstützungssysteme für die Familien sind.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*Nr. 1*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	*die **bedarfsgerechte und barrierefreie** medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche mit schwerer psychischer Erkrankung*	die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und mit psychischer Erkrankung muss durch die barrierefreie Versorgung sichergestellt werden (Leichte Sprache, Gebärdendolmetscher etc.)
§ 1 Absatz 2	*Nr. 3*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt …. zeitnähere und ***barrierefreie* Diagnostik- und Therapieleistungen** für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.	die Diagnostik- und Therapieleistungen für Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und mit psychischer Erkrankung müssen barrierefrei erbracht werden (Leichte Sprache, Gebärdendolmetscher etc.)

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*Nr. 4*		Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele. *Die Belange von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung werden besonders beachtet und ihre individuellen Teilhabeziele gefördert.*	die individuellen Teilhabeziele von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und mit psychischer Erkrankung müssen besonders gefördert werden.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nr. 5	GKV-SV/	Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt primär ***die Teilhabe*** von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden	Die Versorgung muss die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen in Blick haben

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		KBV/DKG	Versorgungsformen *und koordiniert* die Versorgung in der häuslichen Umgebung**.**	und sich nicht auf die Verkürzung der Behandlungen fokussieren.
§ 1 Absatz 2	Nr. 5	PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung *und* ***die Teilhabe*** **in der häuslichen Umgebung und** ***in unterstützenden Leistungssystemen*** ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.	Die Versorgung muss die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen nicht nur im häuslichen Umfeld, sondern auch in weiteren Leistungssystemen z.B. in besonderen Wohnfromen

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie **soll eine koordinierte und möglichst nahtlose und aufeinander abgestimmte Behandlung und Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen**, ***wenn diese Überleitung dem individuellen Bedarf entspricht***. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.	Die Richtlinie soll auch die Erbringung von temporär gleichzeitigen ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen und durch andere Leistungserbringer zulassen, um einen nahtlosen Übergang sicherzustellen.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. ***In diesem Übergangsverfahren sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme wie Eingliederungshilfe und/oder Kinder- und Jugendhilfe zu beteiligen.***	Die strukturelle Beteiligung der Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe im Übergangsverfahren ist die Voraussetzung für den nahtlosen Übergang.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	Nr. 8	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und sowie die Beteiligung der Leistungserbringer aus der Eingliederungshilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe und weiterer Angebote aufsuchender Versorgung,	Die Beteiligung der Leistungserbringer aus der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe sichert die ambulante Behandlung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	***Die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere die Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden berücksichtigt***	Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden bei der psychiatrischen Versorgung mangels Barrierefreiheit unzureichend gesehen und brauchen barrierefreie Settings

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	***Die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere die Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden berücksichtigt***	Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderung werden bei der psychiatrischen Versorgung mangels Barrierefreiheit unzureichend gesehen und brauchen barrierefreie Settings

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen	Die bisherigen Feststellungen der anderen Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist. ***Die bisherigen ICF-orientierten Feststellungen der anderen Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX sowie der anderen öffentlichen Stellen nach § 22 SGB IX werden berücksichtigt.***	sowie der anderen öffentlichen Stellen nach § 22 SGB IX werden berücksichtigt.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in		

einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2		GKV-SV	Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer	Wichtig ist die Gruppe der jungen Menschen mit Behinderung und mit psychischer Erkrankung stets als Menschen mit komplexem Bedarf einzuordnen, insbesondere der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung

Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS *oder eine Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX vorliegt* gegeben sind.	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder

Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		**Die Formulierung der PatV wird befürwortet:** Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird, **insbesondere nach SGB IX**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*Nr. 4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch und ***beteiligt die nachfolgenden Leistungserbringer aus den anderen Unterstützungssystemen, soweit diese bekannt sind.***	Für die Sicherung der Versorgung ist es sehr wichtig, die anderen Leistungserbringer in der Fallbesprechung zu beteiligen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nr. 5*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, ***Frühförderstellen nach § 46 SGB IX und Leistungserbringer nach SGB IX sowie Kinder- und Jugendhilfe***	Die Einbeziehung aller Leistungserbringer (nicht nur der Psychotherapeut*innen und Ärzte, sondern aller Einrichtungen und Dienste aus SGB IX) ist für die Sicherung der Weiterbehandlung erforderlich

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V

3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2		GKV-SV		Nicht alle Leistungserbringer werden vom GKV erwähnt
§ 4 Absatz 2	*Nr. 4*	PatV	***4.Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V sowie Leistungserbringer nach SGB IX mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung.***	***Die Reha-Einrichtungen werden um Leistungserbringer aus SGB IX erweitert***

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer* ***[KBV/DK***	*KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 3**]**	***G:** 10.]* ***[PatV:** 9.]*			
Abs. 3	*Nr. 14* *Nr. 15*	*PatV*	**Frühförderstellen nach § 46 SGB IX** **Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB)**	Die Frühförderstellen und die MZEB sind die Anlaufstellen für viele Familien mit Kindern und Jugendlichen

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 4**]**			

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		Die Position der PatV wird befürwortet

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		Die Position der PatV wird befürwortet

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		Die Position der PatV wird befürwortet

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		Die PatV wird befürwortet

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**]** **[KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**]** **[KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		Die PatV wird unterstützt

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		Die Position der PatV wird unterstützt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Von:	DGAP-Geschäftsstelle
An:	KJ-KSVPsych
Betreff:	Re: Erstfassung der RL gem. § 92 Abs. 6b SGB V für Kinder und Jugendliche | Möglichkeit der Stellungnahme
Datum:	Dienstag, 17. Oktober 2023
Anlagen:	652e8c6fcbb33.jpg

Die DGAP bezieht folgende Stellungnahme:

- Einbezogen werden in die Versorgungsmöglichkeit in Anlage 1, Anlage 2 und Anlage 3 sollen in §4 (1) Absatz 3 auch Fachärztinnen und Fachärzte mit zweijähriger Berufserfahrung im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren.
- Zwei Vorgaben erscheinen nicht handlungsbezogen, zum einen die Beschränkung der Teilnahme am Netzwerk nur für Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit einem vollen Sitz und zum anderen, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin jeweils die Diagnose stellen sollte, auch nachdem ein/e psychologische/r Psychotherapeut bereits eine Diagnose gestellt hat.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e. V.
13.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Wird insgesamt begrüßt. Angebote aufsuchender Versorgung sollten noch konsequenter einbezogen werden.	Angebote aufsuchender Versorgung sind vorgesehen, aber keine konsistente Erwähnung in weiteren Paragrafen.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Es wird begrüßt, die Betroffenenperspektive eingenommen zu haben.	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	Standpunkt von GKV-SV/KBV wird geteilt.	
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Wird ausdrücklich begrüßt. Ermöglicht kontinuierlichen und strukturierten Austausch und Erleichterung der Kooperation der Leistungserbringer untereinander.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Wir plädieren grundsätzlich für eine Klärung der parallelen ambulanten Behandlung in PIA und (ambulanter) Richtlinien-Therapie. Vor dem Hintergrund der geplanten Tandem-Lösung ist dies jedoch schwierig umsetzbar auch aus unserer Sicht.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Wichtiger Aspekt, der jedoch noch spezifiziert werden muss, damit Überleitung von KiJu- zu Erwachsenenbehandlung in der Praxis umsetzbar wird. Bitte noch weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme benennen!	Für langfristige Sicherung des Therapieerfolgs zentral wichtig.

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Bewertung der Leistung (EBM) ist von Bedeutung (auch wenn dies nicht die Aufgabe der Verfasserinnen des Entwurfs ist).	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Ausschluss der Kleinkinder ist fachlich nicht zu rechtfertigen. Insbesondere Kinder mit Regulationsstörungen haben komplexen

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Versorgungsbedarf. Gefahr stationärer Aufnahme hier wesentlich höher.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Keine weitere Erschwerung bzw. zusätzliche Einengung des TN-Kreises der teilnahmeberechtigten.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Ablehnung (s.o.)	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Zustimmung	Weiterer psychosoz. Bedarf würde Patientengruppe einschränken. Komplexer Bedarf ist dennoch gegeben, da 2 vorliegen müssen.
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Änderungsbedarf	Perspektive muss auf konkretem Bedarf (Entwicklungsstand) des / der über 18 Jahre alten Patient*in liegen. Transitionsphase ist sensible Phase (insbesondere wegen Rückfallgefahr).

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Nr. 1-4 Zustimmung	Interdisziplinarität wird begrüßt (wichtig!)
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV	Nr. 5 wird nicht zugestimmt	Alle koordinierenden Personen benötigen fachspezifische Zusatzqualifikation und müssen Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegen sowie zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Überfällige Einbeziehung weiterer SGBs!

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Jugendliche Personen als Begriff nicht gängig (junge Erwachsene wäre vorzuziehen).	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Vorgeschlagene ergänzende Formulierung wird abgelehnt.	Unnötige Einengung

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	Folgen der PaTV-Formulierung	Diese Versorgungsangebote werden benötigt, um Angebot flächendeckend ermöglichen zu können.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag

für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Zustimmung, da offenste Formulierung. PIA bitte noch mit aufnehmen, jedoch nicht gekoppelt mit Krankenhäusern mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung.	Diese Variante bietet weitestgehende Offenheit für individuelle regionale Strukturen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Ablehnung	Anforderungen sind schwerer zu erfüllen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG	Ausdrückliche Befürwortung.	Flexibel und praktikabel, praxisnaher Vorschlag.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Zustimmung	s.o.

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung],
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 11] [PatV: 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
<tr><td></td><td>12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie</td><td>11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)</td></tr>
<tr><td></td><td>13. Schulen</td><td>12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie</td></tr>
</table>

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG	Zustimmung	Bietet Möglichkeit, sich an den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen zu orientieren.
§ 4 Absatz 3		PatV	Zustimmung	
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*	..	
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DK***	*KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 3**]**	***G:** 10.]* ***[PatV:** 9.]*			

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV	Muss sich auf MWBO alt und neu beziehen! Muster-Weiterbildungsordnung der Psychotherapeut*innen Muster-Weiterbildungsordnung der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	Erleichtert Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im	

	Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	Sichert die Kontinuität der Behandlung

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden		

wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Erschwerung der Abläufe

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die		

Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV	Ablehnung	Erschwernis für Zusammenarbeit, wenig Patient*innen-individuell.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der		

Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Ablehnung	s.o.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Erhöht bürokratischen Aufwand

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV	Zustimmung	Hinreichende Regelung
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV	Ausdrückliche Ablehnung	Dafür gibt es keinen fachlichen Grund.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Ausdrückliche Zustimmung	Kein Ausschluss von Leistungserbringer*innen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Ablehnung	Arbeitsrechtliche Bedenken

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	Ablehnung	Kein Ausschluss einzelner Leistungserbringer*innen bei somatischen Hauptdiagnosen.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Ablehnung	Arbeitsrechtliche Bedenken

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Ablehnung	Nicht nötig, dies explizit zu regeln.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG	Zustimmung	Ausreichend
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG	Zustimmung	
	(z.B. Nummer 4)	PatV	Zustimmung	Hinreichende Regelung

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	**Es liegt kein fachlicher Grund für diese Regelung vor**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**]** **[KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,		

2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Engführung, nicht im Sinne dieser Richtlinie
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV	Zustimmung	Hinreichende Regelung. Delegierbarkeit möglich, jedoch nicht zwingend.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Zustimmung	s. o.
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	**Zustimmung**	**Einrichtung von Schutzkonzepten wird ausdrücklich begrüßt**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e. V.
13.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	
§ 8 Absatz 1	PatV	Zustimmung	Regelung jedoch nicht zwingend nötig.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Gewährleistet niedrigschwelligen Zugang (positiv zu bewerten).

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Ablehnung	Engführung
§ 8 Absatz 5	PatV	Ablehnung	Engführung

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Ablehnung	Reduziert die Handlungsmöglichkeiten und Koordinationsleistungen des Bezugstherapeuten / der Bezugstherapeutin.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	Gewährleistet zeitnahe Behandlung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**] [GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	Größtmögliche Flexibilität

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV	Möglichkeit des Einbezugs von Vorbefunden wird ausdrücklich begrüßt.	
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung.
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Ausdrückliche Zustimmung	Stellt Behandlungskontinuität sicher

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	Trägt dem dynamischen Behandlungsgeschehen Rechnung
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			Engführung
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG		Zustimmung	Hinreichende Regelung
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		Engführung

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV	Ablehnung	Einengung
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV	Ablehnung	Einengung
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV	Ablehnung	Einengung
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV	Ablehnung	Einengung
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV	Ablehnung	Einengung

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Ablehnung	Zu wenig spezifisch
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Ausdrückliche Zustimmung	Überfällige Regelung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Zustimmung	Längst überfällige Regelung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	Zeitnahe Weiterbehandlung wird ausdrücklich erwähnt (positiv).
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	Ausreichende Regelung
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	Zustimmung	Sichert Behandlungskontinuität

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	Hinreichende Regelung
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

DGVT-Berufsverband (DGVT-BV) e. V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Wir nehmen teil**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

BApK
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
PatV *Tragende Gründe*	**S. 10, Abs. 1: „Relevante Bezugspersonen“:** **Sorgeberechtigte und gesetzliche Betreuer haben gesetzliche Pflichten (aus denen sich auch Unterstützungsressourcen ergeben), denen sie nur nachkommen können, wenn sie entsprechend einbezogen werden. Während es bei anderen „relevanten Bezugspersonen“ der Zustimmung durch den Patienten für deren Einbeziehung zurecht bedarf, sind die Erstgenannten immer einzubeziehen. Ein Ausschluss ist nur im Ausnahmefall möglich**
KJ-KSVPsych	**Die Richtlinie weist viele sehr guter und zukunftsweisende Ansätze auf. Gleichwohl ist sie sehr fein granular spezifiziert. Dieses könnte in der Praxis dazu führen, dass die Regelung nicht angenommen wird.**

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	BApK unterstützt diese Formulierung.	Stärkere Patientenorientierung

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender

		ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	**Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	BApK unterstützt diese Formulierung.	Aufrechterhaltung der Konstanz in der therapeutischen Beziehung trotz temporärer Änderung des Settings

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Nummer 8**]**			

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Es gibt keinen Grund, bestimmte Gruppen auszuschließen, da diese Einzelfälle sind.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Einfach handhabbare Kriterien.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse		

des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Wie in den Tragenden Gründen einsehbar, besteht die Komplexität nicht nur in der Koordination von SGB V Leistungen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, ist der KJ-Bereich offener zu denken.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.] [PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**] [PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**] [PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**] [PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**] [PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**] [PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der KIJu-Bereich bindet fast regelhaft Leistungserbringer außerhalb des SGB V ein.
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:**	*(z.B. Nummer*	*KBV/DKG /PatV*	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Jugendämter sind ein wesentlicher Mitspieler bei der komplexen Versorgung von KiJu.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	***[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***			

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]** **[KBV/DKG:** Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/DKG/PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im	

	Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden		

wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die		

Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit		

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen

Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Das Netzwerk basiert auf dem freiwilligen und abgestimmten Zusammenwirken aller Leistungserbringer. Dieses wird hier noch einmal verdeutlicht.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Es wird dann eine Stelle geben, an der die relevanten Informationen stehen und auch gefunden werden können.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der Text der PatV unterstreicht die Eigenverantwortung der beteiligten Leistungserbringer zur Erreichung des gemeinsamen Zieles.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Es geht um dauerhafte, tragfähige therapeutische Beziehungen und weniger um Organisationszugehörigkeit.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Mehr patientenorientiert in der Formulierung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Gerade im KiJu-Bereich gibt es kaum volle Versorgungsaufträge. Zudem begrenzt ein halber Versorgungsauftrag auch nicht die erbrachte Leistung auf die Hälfte.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Oberstes Ziel ist der Aufbau und der Erhalt einer stabilen therapeutischen Beziehung gerade bei KiJu.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Die Einbeziehung der Sorgeberechtigten von Anfang an ist zwingend erforderlich.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV	**Der BApK lehnt diese Formulierung ab.**	**Der zwingende Einbeziehung eine extternen Koordinators erzeugt in vielen Fällen einen unnötigen Overhead. Wenn notwendig, wird solches durch die Formulierungen der anderen Bänke nicht ausgeschlossen.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:		

1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden,
2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Die Formulierung entspricht den Tragenden Gründen der PatV.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in

Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen;	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Die Formulierung entspricht den Tragenden Gründen der PatV. Die Ausführungen der anderen Bänke wecken Zweifel in der Professionalität der Leistungserbringer.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Die Ausführungen der Pat V unterstreichen hier den patientenzentrierten Ansatz auch mit dem Aufsuchen in seiner häuslichen Umgebung.
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**

	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

BApK e.V.
17.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Stringent zu den Zugangsvoraussetzungen der PatV.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der Start und der Ursprung der Behandlung nach dieser Richtlinie sollte nachvollziehbar sein.
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Stringent zu den Zugangsvoraussetzung der PatV.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Bei KiJu hat auch der Sorgeberechtigte mit informiert zu werden, auch wenn er nicht explizit erwähnt wird.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 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.		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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierungen nur bedingt.	Die separate, datenschutzrechtliche Einwilligung zur Übermittelung der notwendigen Informationen an den Leistungserbringer, denen in dem Gesamtbehandlungsplan fachlich schon eingewilligt wurde, wird eine Unmenge an Absicherungspapier erzeugen, und den Abruf einer konkreten Leistungserbringungsmaßnahme verzögern oder gar verhindern, insbesondere da Sorgeberechtigte mit koordiniert werden müssen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Sinnvoll erscheint, die datenschutzrechtliche Einwilligung mit der Einwilligung zum Behandlungsplan durchzuführen.

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Stringent zu den vorherigen Ausführungen der PatV

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Wichtig ist hier die Einbindung des Umfeldes des Patienten.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Die Formulierung ist ausreichend klar.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der Text ist ausreichend präzise und baut auf das fachliche Wissen der beteiligten Personen auf.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Hier sind Punkte zum Gesamtbehandlungsplan aufgeführt, die es schon in anderen SGB's gibt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Die relevanten Bezugspersonen sind immer einzubeziehen!

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Hier wird die Kooperation konkretisiert.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Hier wird aus Sicht der PatV die Kooperation erklärt.
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der BApK unterstützt diesen Paragraphen nur, weil er explizit die Schnittstelle zu den anderen Leistungserbringern aufführt.

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Hier geht es erneut um die Behandlungskontinuität, die gerade bei KiJu eine herausragende Stellung einnimmt, da Vertrauen nicht beliebig häufig aufgebaut werden kann.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	Der Text entspricht der Argumentation der PatV, die SGB V übergreifend denkt.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV	Der BApK unterstützt diese Formulierung.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	Wir nehmen nicht teil.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
(z.B. GKV-SV)	

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	-	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*2*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Der Personenkreis sollte ausdrücklich auf alle nahen Bezugspersonen erweitert werden. Dazu können auch enge Freunde, Leitfiguren z.B. aus dem Vereinssport, usw. gehören.	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Eine standardisierte Überleitung von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung ist wünschenswert. Interdisziplinärer Austausch von Informationen muss gewährleistet werden.	Es besteht die Gefahr, dass Informationen „verloren“ gehen, bereits eingeleitete und erfolgversprechende Therapieansätze eine Unterbrechung erfahren.

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse		

des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Ein standardisiertes Übergangsmanagement ist empfehlenswert.	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung],
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 11] [PatV: 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
<tr><td></td><td>12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie</td><td>11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)</td></tr>
<tr><td></td><td>13. Schulen</td><td>12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie</td></tr>
</table>

		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer* ***[KBV/DK***	*KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Absatz 3**]**	***G:** 10.]* ***[PatV:** 9.]*			

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im	

	Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden		

wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die		

Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit		

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen

Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**]** **[KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**]** **[KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.
17.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	Wir schließen uns der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik mit Ergänzungen an. Fachkliniken für Sozialpädiatrie sowie Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit psychosozialem Dienst und/oder psychosomatischen Abteilungen und Kinderärzt*innen (ohne 2 Jahre Psychiatrie) werden nicht berücksichtigt. Kinderärzt*innen sind in der Regel die erste Anlaufstelle für kranke Kinder und in der Regel auch die Case-Manager. Kinderärzt*innen mit Erfahrungen in der Diagnostik und der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen müssen mit einbezogen werden, nicht nur solche mit zweijähriger psychiatrischer Weiterbildung. Sonst geht der Richtlinien-Entwurf an der Versorgungsrealität vorbei und würde die Versorgung dieser Patientengruppe schlagartig verschlechtern.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	Wir präferieren den Vorschlag der PatV	Die Behandlung muss sich am Bedarf der Patienten orientieren. Die Behandlung in häuslicher Umgebung kann in bestimmten Fällen zur stationäre Behandlung gleichwertig sein.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Halten wir nicht für nötig	Parallelbehandlungen sind nicht zielführend

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	keine	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV	Eine Einschränkung der Altersspanne ist aus Behandlersicht nicht einsichtig.	Auch Säuglinge und Kleinkinder beispielsweise mit schweren Regulationsstörungen bedürfen einer gleichwertigen Behandlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Siehe oben	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV	Ergänzung: oder die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS)	Die MBS wird als Standard in Sozialpädiatrischen Zentren und in sozialpädiatrischen Fachkliniken eingesetzt. Sie ist an die MAS angelehnt, hebt aber die klare Ätiologische Zuordnung hervor. Z.B. lässt sich die leitliniengerechnete somatisch-ätiologische Diagnostik bei Intelligenzminderung mit ihrem Schwerpunkt

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			auf der frühen genetischen Diagnostik (in der MBS Buchstabe A) besser abbilden.
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	Ergänzung: oder die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS)	s.o.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer		

großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	Entsprechend unserer obigen Einlassung stimmen wir diesem Vorschlag zu.	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Wir bevorzugen diese Ausführungen	Beschreibt am deutlichsten den Zuständigkeitskreis und die Notwendigkeiten
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Wir schließen uns der Gesamtregelung an	

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Stimmen wir zu	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	*Zustimmung*	
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV	*Zustimmung*	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	
§ 3 Absatz 4	GKV-SV	Kann verzichtet werden	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV	Der Zusatz scheint uns wertvoll	

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*3*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	In der Versorgungsrealität sind die FÄ für Kinder- und Jugendmedizin zentrale Ansprechpartner und sollten grundsätzlich genannt werden: „ … Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrungen in der Diagnostik und in der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen…“	Die Qualifikation wird nicht ausschließlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erworben, sondern auch in Kinderkliniken mit psychosomatischen Abteilungen / Stationen und einem psychosozialen Dienst. Es gibt in Deutschland über 80 pädiatrische Kliniken mit psychosomatischen Abteilungen /Stationen (Stand 2019)!
§ 4 Absatz 1	5+6	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	Diese beiden Einrichtungen gehören unbedingt dazu. Bei den nach §8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern soll ergänzt werden „und mit einer psychosomatischen Einrichtung und psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche sowie die sozialpädiatrischen Fachkliniken“	Psychosomatische Klinken und Sozialpädiatrische Fachkliniken kennzeichnen sich durch die überwiegende Erbringung von Leistungen aus dem Bereich der OPS 9-403 (die dort definierten Strukturmerkmale sind gleichzeitig als qualitätsmerkmale heranzuziehen).

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*Nummer 1*	GKV-SV	**Wird abgelehnt**	**siehe unten**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	**Wird abgelehnt**	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG	Stimmen wir zu	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*Nummer 1*	KBV/DKG	Wir stimmen dem gesamten Absatz 4 zu mit folgenden Ergänzungen bei Nummer 1: Bei den nach §8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern muss ergänzt werden „und mit einer psychosomatischen Einrichtung und psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche sowie sozialpädiatrische Fachkliniken.“	Siehe oben

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2">**[GKV-SV:** (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:</td><td>(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**,
[GKV-SV/KBV/DKG: 6**.]** **[PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">**[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">**[KBV/DKG:** 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
</table>

	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	Nummer 1	GKV-SV/ KBV/DKG	„… und Psychosoziale Konsil- und Liaisondienste (in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin) …“ Im Übrigen schließen wir uns der Fassung von § 4 KBV/DKG an	Diese Dienste leisten in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin einen wichtigen Beitrag in der psychosozialen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
[PatV: Absatz 3**]**				
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**]** **[KBV/DKG:** (6)**]** **[PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/	Zustimmung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[KBV/DKG: Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV	Keine Zustimmung	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Konzentriert sich auf das Wesentliche und ist am klarsten
§ 5 Absatz 1	PatV	Keine Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG	Stimmen wir zu, mit den zu §4 gemachten Ergänzungen „ … Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrungen in der Diagnostik und in der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen…“	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 5 Absatz 2	PatV	Keine Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Wird abgelehnt	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Wird abgelehnt	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV	Zustimmung	da Behandlungskontinuität für Kinder/Jugendliche eine sehr große Rolle spielt

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG	Zustimmung	
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV	**Wir stimmen dieser Variante zu, mit dem Zusatz: Die koordinierende Person muss dem Kind/Jugendlichen/Sorgeberechtigten vertraut sein.**	**Die Beziehungsqualität ist in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen essentiell.**
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	Kurze und klare Formulierung
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG	Wir stimmen dieser Variante zu mit folgender Ergänzung: die Eltern / Sorgeberechtigten müssen unbedingt mit einbezogen werden.	Wir behandeln Kinder und Jugendliche, die je nach Entwicklungsstand ab 14 Jahren juristisch einwilligungsfähig sind. Unabhängig davon müssen immer auch die Eltern mit einbezogen werden. Daher muss der Fokus „Patientenwille“, der sich durch das ganze Papier zieht, angepasst werden.
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	**Zustimmung**	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
17.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV	**Wird abgelehnt**	
§ 8 Absatz 1	PatV	wird abgelehnt	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG	Zustimmung	eine Empfehlung ist eine niedrigere Hürde
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV	Wird abgelehnt	
§ 8 Absatz 5	PatV	Wird abgelehnt	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung mit dem Hinweis, dass auch hier immer nur von „Patienten“ gesprochen wird; die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten und des familiären Kontextes in dem Kinder leben muss ergänzt werden	Kinder sind keine kleinen Erwachsenen
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG	Zustimmung mit der Ergänzung „unter Einbezug der Sorgeberechtigten und anderer relevanter Personen aus dem sozialen Umfeld…“	Erneut: es geht um Kinder und Jugendliche, die in der Regel in Familien eingebunden sind. Deren Einbezug ist für den Behandlungserfolg oft essentiell.
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG	Zustimmung; Eltern / Sorgeberechtigte sollten konkret benannt sein	Siehe oben
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG		Zustimmung	Siehe oben
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV	Zustimmung	Völlig ausreichende Formulierung, die das Wesentliche erfasst
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung mit der Ergänzung: Bei den nach §8 SGB V zugelassenen Krankenhäusern muss ergänzt werden **„und mit einer psychosomatischen Einrichtung und psychosozialem Dienst / Psychosozialem Konsiliar- und Liaisondienst für Kinder und Jugendliche.“**	Die Behandlung von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen findet auch in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin mit psychosomatischen Abteilungen / Stationen und einem psychosozialen Dienst. Es gibt in Deutschland über 80 pädiatrische Kliniken mit psychosomatischen Abteilungen /Stationen (Stand 2019)! Gerade bei Patienten mit ausgeprägter somatischer Komorbidität (beispielsweise Patientinnen mit Anorexia nervosa oder chronischen somatischen Erkrankungen) spielt die Pädiatrie eine wichtige Rolle in der Versorgung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV	Anlehnung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV	Zustimmung, da umfassender	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.	Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG	Zustimmung, da ausreichende Formulierung	
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung mit der Ergänzung „… der Sorgeberechtigten…“	Siehe oben: Kinder und Jugendliche sind nicht voll geschäftsfähig. Es bedarf daher der Zustimmung der Sorgeberechtigten.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Notwendige Ergänzung: der Einbezug der Sorgeberechtigten / Eltern	Es handelt sich um Kinder und Jugendliche …

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	Zustimmung	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG	Zustimmung	
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG	Zustimmung	Eine Evaluation nach 5 Jahren ist zu spät, wenn sich zu einem früheren Zeitpunkt herausstellt, dass eine Überarbeitung in wesentlichen Punkten notwendig ist.
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen

(z.B. GKV-SV)	**§ 4 Absatz 1: Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wir unterstützen die Formulierung der PatV** **§ 6 Absatz 1: Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten, Ergänzung (s.u.)** Musiktherapie als eine der Künstlerischen Therapien sollte Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen bei der Behandlung nach dieser Richtlinie in sektorübergreifend nicht vorenthalten werden; sie ist etabliert in diesem Behandlungsbereich und implementiert im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) u.a. unter den Ziffern • 9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen und • 9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen • 9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen sowie für Rehabilitationsbehandlung in der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) im Kapitel F Klinische Psychologie/Neuropsychologie mit den ZiffernF68 bis F70 und u.a. in folgenden Standards: • Alkoholabhängigkeit • Depressive Störungen • Kinder/Jugendliche – Asthma bronchiale • Kinder/Jugendliche – Adipositas • Kinder/Jugendliche – Neurodermitis. Künstlerische Therapien werden auch in AWMF Leitlinien empfohlen wie z.B. • Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3), AWMF-Registernummer 028 - 043 • Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Interdisziplinäre S3-Leitlinie, AWMF- Registernummer: 028 - 047 • Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen S3 Leitlinie, AWMF-Registernummer 038-020 • Posttraumatische Belastungsstörung S3 Leitlinie, AWMF-Register Nr. 155/001 • Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen S3 Leitlinie, AWMF-Register Nr. 076-001 sowie in weiteren Leitlinien bei psychosomatischem, onkologischem, neurologischem, und palliativem Behandlungsbedarf.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Wechsel von Versorgungsbereichen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV

KBV/DKG

PatV

4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten
5. Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch
6. eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der
7. Versorgung in der häuslichen Umgebung.

5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	**Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG	
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
8. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		9. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.] [PatV: 8.] Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**]** **[PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(2) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	**(1)** Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in	**(1)** Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
ine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der		

fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**

(2) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(2) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist.	**(3)** Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 1. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 2. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 3. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch [KBV/DKG/PatV: und koordiniert die		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
weitere Transition]. **4.** [GKV-SV: Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.]		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. [GKV-SV: Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.] Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein [KBV/DKG/PatV: patientenbezogener oder patientenübergreifender] strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie,		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 3. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen [GKV-SV/KBV/DKG: .] [PatV: oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 5. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
gemäß § 118 SGB V.]		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag
§ 4 Absatz 1	*Letzter Absatz* Wir unterstützen die Formulierung der PatV am Ende von § 4 Absatz 1: **„…Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden“**	GKV-SV/ KBV/DKG/ **PatV**	Wir gehen davon aus, dass Musiktherapie als eine der Künstlerischen Therapien auf der Grundlage dieser Formulierung in das Leistungsspektrum einbezogen werden kann. Eine Öffnung der in der Richtlinie benannten Leistungserbringer betrachten wir als erforderlich, um Patientinnen und Patienten sektorübergreifend diese Therapien nicht vorzuenthalten, die Patientinnen und Patienten unabhängig von verbaler Kommunikation erreichen. Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten sind – wie alle

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag
			Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten – durch ihre Ausbildung bzw. ihr Studium für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gut qualifiziert. In unterschiedlichen Einrichtungen und in eigener Praxis haben sie sich etabliert und sind deshalb in Abrechnungssystemen wie dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie für Rehabilitationsbehandlung in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) implementiert. Künstlerische Therapien werden auch in AWMF Leitlinien empfohlen. Deshalb sollten sie in das Spektrum der Leistungserbringer einbezogen werden.
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(1) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V *3.* eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinweis: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *1. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* 2. *Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten	

	oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 1. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V	

	2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**
[GKV-SV: (3)] [KBV/DKG: (5)] Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:	

GKV-SV	KBV / DKG

GKV-SV	KBV / DKG

GKV-SV	KBV / DKG

GKV-SV	KBV / DKG

GKV-SV	KBV / DKG

GKV-SV	KBV / DKG

GKV-SV	KBV / DKG

GKV-SV	KBV / DKG

GKV-SV	KBV / DKG
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 1. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 3. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,	

GKV-SV	**KBV / DKG**
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung], [GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, [GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,	
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]	
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]	
	[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,
	[KBV/DKG: 11] [PatV: 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie
	13. Schulen

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DK G	
§ 4 Absatz 3		PatV	
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3]	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/*	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
[KBV/DKG: Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**		*KBV/DKG /PatV*	
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**] [PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*	

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)] [KBV/DKG: (6)] [PatV: (4)] Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:**	GKV-SV/KBV/DKG/ PatV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**			

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche	

	Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder		

Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person		

gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und		

Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und

		Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan [KBV/DKG: entsprechende] [GKV-SV/PatV: entsprechendes] Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) PatV: (2)] Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 [DKG/KBV: Absatz 3] beteiligten Leistungserbringer legen [PatV: zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie] jeweils [KBV/DKG: patientenindividuell] [PatV: fallbezogen] fest, wer die [KBV/DKG: Rolle] [PatV: Aufgabe] der Bezugsärztin	

	oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. [KBV/DKG: Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.]

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher		

Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG
[GKV-SV: (3)] [KBV/DKG/PatV: (4)] Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 [KBV/DKG, PatV: auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung] erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten [KBV/DKG: zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1] ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten [PatV: und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität] sind zu berücksichtigen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**
[GKV-SV: (4)] [KBV/DKG/PatV: (5)] Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für	
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfun Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patient werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklu und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgebere
2. die unverzügliche [GKV-SV, PatV: Einleitung] [KBV/DKG: Anbahnung] einer ambulanten oder stationären Behandlung,	
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]	
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Be patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils betei 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß §
	4. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechunge

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG	
	(z.B. Nummer 4)	PatV	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

§ 6 Absatz 1	GKV-SV	Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann GKV-SV: nur KBV/DKG/PatV: unterstützend auch durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, 3. Medizinische Fachangestellte, 4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig, **5. Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten,** 6. Pflegefachpersonen, 7. Psychologinnen und Psychologen, 8. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen, 9. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.	Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten sind – wie alle Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten – durch ihre Ausbildung bzw. ihr Studium für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gut qualifiziert. In unterschiedlichen Einrichtungen und in eigener Praxis haben sie sich etabliert und sind deshalb in Abrechnungssystemen wie dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie für Rehabilitationsbehandlung in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) implementiert. Künstlerische Therapien werden auch in AWMF Leitlinien empfohlen. Sie sollten deshalb auch in diese Aufzählung (§6 Absatz 1) aufgenommen werden.

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (2)] Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann [GKV-SV: nur] [KBV/DKG/PatV: unterstützend auch] durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und		

Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 1. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, 2. Medizinische Fachangestellte, 3. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig, 4. Pflegefachpersonen, 5. Psychologinnen und Psychologen, 6. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen, 7. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger. Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 [GKV-SV/PatV: Nummer 3 - 8] ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**

§ 6 Absatz 2		GKV-SV	
§ 6		KBV/DKG/PatV	
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**]** **[KBV/DKG/PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 1. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 2. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 3. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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	sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue,	

sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die	e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an	

Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich	Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung	

anzuzeigen.	der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV	
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV	
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG	
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG	
§ 7 Absatz 2		PatV	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 1. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 2. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 3. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 4. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich; **5.** das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV	
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG	
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)
16.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV		

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen evtl. teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED e.V.)
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	Wir begrüßen die Berücksichtigung der Ergotherapie insbesondere im interprofessionellen Setting und bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme. **Die Leistungserbringenden der Ergotherapie werden im Entwurf derzeit richtig unter § 4 Abs. 2 genannt. Vorsorglich möchten wir schon jetzt darauf hinweisen, dass möglicherweise durch zukünftige Modellprojekte für einen Direktzugang im Bereich der Heilmittelversorgung, eine geänderte Zuordnung erforderlich sein könnte.**

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender

		ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	**Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[PatV: Nummer 8**]**			

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse		

des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und 3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	**Wir begrüßen den Ansatz der ergotherapeutischen Intervention als Voraussetzung für das Vorhandensein eines komplexen Behandlungsbedarfes im Sinne dieser Richtlinie.**	
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG / PatV		
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*(Hinweis: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

	Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV	**Wir begrüßen den Einbezug der Ergotherapie zur Adressierung der Versorgungsziele.** **Darüber hinaus ist zudem eine Ergänzung um die Bereiche Physiotherapie und Logopädie sinnvoll.** **Wir unterstützen damit den der Vorschlag KBV/DKG.**	**Die KBV/DKG weisen zu Recht in ihrem Entwurf der Tragenden Gründe in Anlage 6 auf die im Vergleich zu der Versorgung der Erwachsenen unterschiedlichen Versorgungsstrukturen hin.** **So erbringen auch Physiotherapierende und Logopäd*innen Leistungen in diesem Kontext, sodass eine Ergänzung um eben jene Berufsgruppen bedarfsgerecht und gerade im Rahmen von Fallbesprechungen sinnvoll ist.**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,	

	2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG		

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 6**.]** **[PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **[GKV-SV/KBV/DKG:** 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
[GKV-SV/KBV/DKG: 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
[GKV-SV/KBV/DKG: 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	[KBV/DKG: 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,	
	[KBV/DKG: 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.

		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den	

	Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die	

	Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der		

Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm

		betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in

Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)		Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an,

		wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV: (4)] [KBV/DKG/PatV: (5)] Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für</td></tr>
<tr><td>1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</td><td colspan="2">1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,</td></tr>
<tr><td colspan="3">2. die unverzügliche [GKV-SV, PatV: Einleitung] [KBV/DKG: Anbahnung] einer ambulanten oder stationären Behandlung,</td></tr>
<tr><td colspan="3">3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td>4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,</td><td>4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.</td></tr>
<tr><td></td><td>5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.</td><td></td></tr>
</table>

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**] [KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV	**Änderungsvorschlag:** **Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann ~~unterstützend~~ auch durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden:**	**Um die Versorgung nach dieser Richtlinie auch unter weiter zunehmendem Fachkräftemangel zu gewährleisten, ist die Schaffung der Möglichkeit eines koordinativen Einsatzes von sämtlichen im § 4 benannten Berufsgruppen indiziert.**
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV	**Ablehnung**	**Hierarchisch statt kooperativ orientierter Strukturen sind keine zielführende Grundlage für die zukünftige Versorgung.**
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG	**Ablehnung**	**Interprofessionalität lässt sich nicht an nur zwei Berufsgruppen festmachen**
§ 7 Absatz 1	PatV	**Zustimmung**	**Bei dem Vorschlag der PatV wird indes die patientenindividuelle und kooperative Leistungserbringung in den Vordergrund gestellt.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6

nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten	oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil.	

durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle	6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen	

a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich; 6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des

		Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF) und Systemischen Gesellschaft e.V. (SG)
17.10.2023

Position von	**Allgemeine Anmerkungen**
	Für eine gelungene Umsetzung der vorliegenden Richtlinie gilt es, psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche prinzipiell als Teil eines Familiensystems zu sehen – nur so können diese fachgerecht, zielführend und wirksam unterstützt und behandelt werden: Es müssen sowohl Kinder und Eltern als Personen mit ihren individuellen Ressourcen und Belastungen als auch das familiäre Beziehungsgefüge in den Blick genommen werden. Leistungen nach dieser Richtlinie sind deshalb an der Ausgangslage des Familiensystems, seiner Mitglieder sowie weiteren relevanten Akteur*innen im sozialen Bezugssystem der Patient*innen zu orientieren.
	Ein zentraler Wirkfaktor für einen nachhaltigen Behandlungserfolg ist der **dauerhafte Einbezug relevanter Bezugspersonen,** sowohl in der Behandlungsplanung und Durchführung als auch in **begleitenden Behandlungsangeboten.** Es gilt, das **Familiensystem als Ganzes** in den Blick zu nehmen. Die **Perspektive der Familienorientierung** sollte daher als grundlegende Prämisse Eingang in die Richtlinie finden.

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten [familienorientierten] Versorgung	Es gilt, das Familiensystem als Ganzes in den Blick zu nehmen. Die Perspektive der Familienorientie-rung sollte daher als grundlegende Prämisse Eingang in die Richtlinie finden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*1*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten [und deren relevante Bezugspersonen] besser als bestehende Versorgungsformen.	Kinder und Jugendliche sind immer Teil eines Familiensystems und ihrer sozialen Umwelt. Die Problemlagen von Familien mit einem psychisch erkrankten Kind oder Jugendlichen sind komplex. Kernvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung dieser Richtlinie ist daher eine grundlegende Perspektive der Familienorientierung.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 2	*2*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen [und deren relevante Bezugspersonen]	Für eine erfolgreiche, nachhaltige Behandlung ist das ganze Familiensystem von zentraler Bedeutung. Es gilt, mit der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht nur individuell die Patient*innen zu erreichen, sondern auch deren relevante Bezugspersonen. Der Anspruch an Behandlungskontinuität nach dieser Richtlinie sollte auch für relevante Bezugspersonen der Patient*innen gelten.
§ 1 Absatz 2	*3*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	[Unterstützungsangebote], Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten [und deren relevante Bezugspersonen]	Ist ein Kind oder Jugendlicher psychisch erkrankt, wirkt dies in die gesamte Familie. Häufig sind Eltern und Geschwisterkinder durch die Erkrankung der betroffenen Person hoch belastet. Komplementäre bedarfsgerechte und passgenaue psychosoziale, psychotherapeutische oder pädagogisch-**unterstützende Angebote und Unterstützungsstrukturen für Angehörige** sollten selbstverständlich Teil des Gesamtbehandlungsplans darstellen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten [und deren relevante Bezugspersonen]	Unterliegt auch die Diagnostik einer Familienorientierung, kann durch eine Familien- und Umfelddiagnostik der Stellenwert bestimmt werden, den die Familie für die individuelle Psychopathologie des Kindes oder Jugendlichen hat und wie diese auf die Familie wirkt. Im Sinne der Familienorientierung gilt es, Angebote koordinierter und aufeinander abgestimmter **Elternarbeit, Begleitangebote, Eltern-bezogene Behandlungsangebote, sowie Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen** flächendeckend im ambulanten, stationären, stationsäquivalenten und teilstationären und aufsuchenden Setting zu etablieren und in den Behandlungsverlauf zu integrieren. Angehörige können so befähigt werden, mit der Erkrankung ihres Kindes und den Folgen umzugehen. Sind in einem Familiensystem mehrere Mitglieder von einer psychischen Erkrankung betroffen, müssen diese in der Behandlungsplanung ›mitgedacht‹ und **Leistungen im Mehrpersonensetting für mehrere Indexpatient*innen**, sektoren- und

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				säulenübergreifend regelhaft ermöglicht werden.
§ 1 Absatz 2	*4*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche [und deren relevante Bezugspersonen] durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.	Der Behandlungsansatz sollte ganzheitlich auf die gesamte Familie in allen Phasen des Hilfeverlaufes ausgerichtet sein. Ein partizipativer Behandlungsansatz gilt ebenso für relevante Bezugspersonen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*5*	PatV	Zustimmung	Eine wohnort- und zeitnahe, direkte, flexible und patient*innenorientierte bedarfsgerechte

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				stationäre, stationsäquivalente und teilstationäre Versorgung muss flächendeckend Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen und deren Familien zugänglich sein. Hierfür benötigt es zeitgemäße Angebote, wie zum Beispiel Home Treatment. Droht aufgrund ungünstiger Kontextfaktoren im Lebensumfeld von Patient*innen eine seelische Verschlechterung, sind diagnoseunabhängige stationäre Aufenthalte zu befürworten.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf Jugendliche die patientenindividuell notwendige Koordinierung der strukturierten Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	Behandlungsbedarf Jugendliche [und deren relevante Bezugspersonen] die patientenindividuell notwendige Koordinierung der strukturierten [familienorientierten] Versorgungsangebote	Nach dieser Richtlinie sind die Leistungen und Maßnahmen von Patient*innen zu koordinieren und zu strukturieren. Leistungsbezüge der Patient*innen aus anderen Hilfesystemen sind zu beachten, um bestehende gut funktionierende

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				Strukturen gerade aus dem Bereich der Jugendhilfe mit Bezugspersonenkontinuität im Bedarfsfall **gleichberechtigt** einzubinden und Doppelstrukturen zu vermeiden. Dies muss jedoch auch für die Unterstützungsleistungen der gesunden oder erkrankten Angehörigen gelten.
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV	sowie die [verpflichtende] Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit.	Durch die geplante berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung an den Schnittstellen wird ein gründlicher und regelmäßiger gleichberechtigter Austausch aller Behandler*innen, Akteur*innen und Sozialsysteme notwendig. Für gelingende Behandlungsverläufe im Sinne dieser Richtlinie gilt es, Kooperation strukturell und verpflichtend zu verankern. Die verbindliche systemübergreifende Kooperation, Koordination und Vernetzung sollte daher als eigene Leistungsart für diese Personengruppe in allen Sozialgesetzbüchern verankert werden. Regelungen zur verpflichtenden Kooperation analog § 81 SGB VIII sind ebenfalls in allen relevanten SGB zu treffen.
§ 1 Absatz 2	Nummer 6		[Fallabhängige und fallunabhängige Kooperation in strukturell vorgeprägten Netzwerken] ~~Sie~~ soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, (…)	Gelingende Zusammenarbeit im Einzelfall beruht häufig auf fallunabhängiger Netzwerkarbeit und Kooperation. Deshalb sollte diese als Merkmal guter Strukturqualität sowohl einzelfallbezogen als auch fallunabhängig erfolgen. Eine regionale, fallunabhängige Infrastruktur sollte durch verpflichtende Regelungen zur Kooperation analog zum SGB VIII geschaffen werden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	Zustimmung	Wir unterstützen die Möglichkeit der gleichzeitigen Leistungserbringung Psychiatrischer Institutsambulanzen. Das Behandlungsangebot nach § 118 SGB V sollte als Ressource genutzt werden, da es bereits in multiprofessionellen Teams arbeitet, regional vernetzt ist und vorrangig Patient*innen bei Bedarf aufsuchend behandelt. Häufig unterstützen Psychiatrische Institutsambulanzen einen gelungenen Übergang an der ambulant-stationären Schnittstelle und vermeiden so wiederkehrende stationäre Aufnahmen.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	2		Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten [familienorientierten] Versorgung	Damit die unterschiedlichen Leistungen des Einzelfalls mit den Leistungen der Familienmitglieder nicht kontraproduktiv und zusätzlich belastend auf das Familiensystem wirken, bedarf es eines koordinierten, familienorientierten Überblicks und einer Abstimmung. Auch die Unterstützungsangebote relevanter Bezugspersonen oder Leistungen anderer Indexpatient*innen eines Familiensystems müssen in dem Gesamtbehandlungsplan organisiert und koordiniert werden.
	3		Feststellung des [Unterstützungs- und] Versorgungsbedarfs	Ist ein Familienmitglied psychisch erkrankt, sind alle Angehörigen hoch belastet, einschließlich der Eltern und Geschwister. Diese (noch gesunden) Familienmitglieder gilt es, durch Hilfs- und Unterstützungsangebote, welche den komplexen Bedarfslagen des Familiensystems entsprechen, zu unterstützen.
	6		Versorgung der Kinder und Jugendlichen [und deren relevanter Bezugspersonen],	Damit die unterschiedlichen Leistungen des Einzelfalls mit den Leistungen der Familienmitglieder nicht kontraproduktiv und zusätzlich belastend auf das Familiensystem wirken, bedarf es eines koordinierten, familienorientierten Überblicks und einer Abstimmung. Auch die Unterstützungsangebote relevanter Bezugspersonen oder Leistungen anderer Indexpatient*innen eines Familiensystems

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				müssen in dem Gesamtbehandlungsplan organisiert und koordiniert werden.
	7		Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer, [teilstationärer, stationsäquvivalenter] und ambulanter Behandlung	Behandlungssettings müssen auf jeden Einzelfall flexibel und passgenau flächendeckend zur Verfügung stehen und im Bedarfsfall zeitnah zu wechseln sein. Neben bedarfsgerechten, säulenübergreifenden stationären, stationsäquivalenten und teilstationären Behandlungssettings müssen auch aufsuchende Versorgungsangebote ausreichend finanziert und implementiert werden.
§ 1 Absatz 3	weiteres Ziel 10		Initiierung, Durchführung und Koordinierung bedarfsgerechter und individuell passgenauer psychosozialer, psychotherapeutischer und/oder pädagogisch-unterstützende und koordinierte Hilfen auch für relevante Bezugspersonen.	Auch für relevante Bezugspersonen gilt es, bedarfsgerechte und individuell passgenaue psychosoziale, psychotherapeutische und/oder pädagogisch-unterstützende und koordinierte Unterstützungsangebote zu initiieren, zu koordinieren und durchzuführen.
§ 1 Absatz 3	weiteres Ziel 11		Implementierung von Mehrpersonen-Settings ambulant, stationär, teilstationär und aufsuchend	Sind mehrere relevante Bezugspersonen eines Familiensystems von einer psychischen Erkrankung betroffen, ist es für eine integrierte Behandlung und Unterstützung aller Familienmitglieder notwendig, **gemeinsame Behandlungsformen im Mehrpersonensetting mit zwei oder mehr Indexpatient*innen eines Familiensystems** sektoren- und säulenübergreifend zu ermöglichen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	weiteres Ziel 12		Eltern-Kind-Versorgungsleistungen und Eltern-bezogene Behandlungsangebote im stationären, stationsäquivalenten, teilstationären und aufsuchenden Setting sind flächendeckend zu verankern.	Eltern-Kind-Versorgungsleistungen und Eltern-bezogene Behandlungsangebote **im stationären, stationsäquivalenten, teilstationären und aufsuchenden Setting** sind flächendeckend zu verankern. Beispielhaft sind hier Eltern-Kind-Ambulanzen, säulenübergreifende multifamilientherapeutische Angebote, teil- und vollstationär als Eltern-Kind-Tagesklinik bzw. -Station, sowie aufsuchende Leistungen im Home Treatment zu erwähnen. Ein begleiteter Aufenthalt durch relevante Bezugspersonen ist zu fördern, da dies zu einer Stärkung und Sicherung des Behandlungserfolgs beiträgt.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	Zustimmung	Die systemischen Verbände unterstützen den Beschlussentwurf der KBV, welcher Kinder ab der Geburt einbezieht. Eine frühzeitige Unterstützung der Familien nach der Geburt, ist daher besonders wichtig, um Entwicklungsdefiziten frühzeitig entgegenzutreten. Frühzeitig geleistete Hilfe

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			ersetzt oft eine spätere, meist aufwendigere Hilfe. Je früher Unterstützungsangebote ansetzen, umso effektiver können die Entwicklungs- und Zukunftschancen von Kindern erhöht werden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	(2) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist.	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 3	GKV-SV	Ablehnung.	
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG	Ablehnung.	
§ 2 Absatz 3	PatV	Zustimmung.	Die systemischen Verbände unterstützen den Beschlussentwurf der PatV, da der komplexe Behandlungsbedarf entsprechend dieser Richtlinie durch den Bezug von Leistungen aus verschiedenen Behandlungs- und Leistungsbereichen ausreichend begründet ist.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**. 5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*1*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	(…) [sowie an vorhandenen Anschlussbehandlungsmöglichkeiten].	Die Zeitpunkt der Transition muss sich ergänzend an den regional verfügbaren und tatsächlich greifenden Behandlungsmöglichkeiten orientieren. So müssen behandelnde Psychotherapeut*innen den Reifegrad und Entwicklungsstand der jungen Erwachsenen anerkennen und diese als Patient*innen in eine Anschlussbehandlung aufnehmen.
	3		Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ~~des SGB V~~ [aller relevanter SGB] werden [verpflichtend] in Fallbesprechungen einbezogen.	Die dadurch entstehende Synergieeffekte ermöglichen eine Kosten- und Ressourcensparende Versorgung.

*** Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	siehe § 3 Absatz 2 Nummer 3	siehe § 3 Absatz 2 Nummer 3

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein [KBV/DKG/PatV: patientenbezogener oder patientenübergreifender] strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, ~~beispielsweise~~ im Rahmen von [verpflichtenden] Fallbesprechungen, stattfinden.	Fallbesprechungen müssen regelmäßig, verpflichtend und säulenübergreifend mit allen relevanten Leistungserbringern stattfinden, um Synergieeffekte und eine kosten- und ressourcensparende Versorgung zu ermöglichen. Dies unterstützt ebenso die Zielerreichung einer gelingenden Kooperation und Netzwerkarbeit (siehe Absatz 2 Nummer 6).
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen ☐**GKV-SV/KBV/DKG: .**☐ ☐**PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. ☐		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*5+6*	PatV	Zustimmung	Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise, wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit, insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V	*(Hinweis: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V

3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*4*	PatV	**Zustimmung**	Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise, wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit, insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		**Absatz 3 KBV/DKG** *multidisziplinäre Teams* Bei der Erstellung der Richtlinie müssen aus unserer Sicht reale, bereits existierende Versorgungsdefizite

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			berücksichtigt werden. Von der Versorgung der Patient*innen in einem patientenindividuellen Team aus den benannten Berufsgruppen ist daher abzusehen, um eine flächendeckende Implementierung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische	

	häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:
1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste, 2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, 4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **PatV:** (Kinder-)Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,		
GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung, **GKV-SV/KBV/DKG:** 6. **PatV:** 5. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen, **GKV-SV/KBV/DKG:** 7. **PatV:** 6. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,		
GKV-SV/KBV/DKG: 8. **PatV:** 7. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**] KBV/DKG/PatV:** ,		
GKV-SV/KBV/DKG: 9. **PatV:** 8. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**] KBV/DKG/PatV:** ,		

	KBV/DKG: 10. **PatV:** 9. Jugendämter,	
	KBV/DKG: 11 **PatV:** 10. Öffentlicher Gesundheitsdienst,	
	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	4	PatV	Zustimmung	Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise, wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit, insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 3	5	KV-SV/KBV/ DKG	Zustimmung	**Absatz 3 KBV/DKG** *multidisziplinäre Teams* Bei der Erstellung der Richtlinie müssen aus unserer Sicht reale, bereits existierende Versorgungsdefizite berücksichtigt werden. Von der Versorgung der Patient*innen in einem patientenindividuellen Team aus den benannten Berufsgruppen ist daher abzusehen, um eine flächendeckende Implementierung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.
§ 4 **[PatV:** Absatz 3**]**	9, 10, 11, 12, 13	PatV	Zustimmung	Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise, wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit, insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder		

Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 5	GKV-SV	Keine Zustimmung	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so		

wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV	Keine Zustimmung.	

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus

Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		Von der Voraussetzung eines vollen Versorgungsauftrages ist dringend abzusehen, da ein-wohnortnahes und flächendeckendes Versorgungsangebot mit dieser Einschränkung nicht erreicht werden kann. Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 mit einem halben Versorgungsauftrag stehen der Versorgung in

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			gleicher Weise in ausreichendem Maße zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV	Zustimmung	Von der Voraussetzung eines vollen Versorgungsauftrages ist dringend abzusehen, da ein-wohnortnahes und flächendeckendes Versorgungsangebot mit dieser Einschränkung nicht erreicht werden kann. Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 mit einem halben Versorgungsauftrag stehen der Versorgung in gleicher Weise in ausreichendem Maße zur Verfügung.

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1			Wir begrüßen die Möglichkeit einer nicht-ärztlichen Koordination der Versorgung, da die Koordinations- und Navigationskompetenz, Familienorientierung und Expertise in lebensweltorientierter Unterstützungsleistung der Sozialen Arbeit, insbesondere der Jugendhilfe, eine nicht zu unterschätzende Ressource darstellt.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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	berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue,	

Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen.	e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer	

3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.	Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten	

5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*2*	PatV	Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren [vorallem bei bereits installierten Hilfen des SGB VIII].	Wir begrüßen die interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche fallbezogen und fallunabhängig zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen und Systemen und Säulen regelmäßig stattfinden sollte. Eine Verpflichtung zur Kooperation, analog der Regelung im SGB VIII, ermöglicht eine gelungene Kooperation und Klarheit der unterschiedliche Akteur*innen an den

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				Schnittstellen. Der Fokus bei der Behandlung ist nicht ausschließlich auf die medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen zu legen, sondern es ist tatsächlich eine multiprofessionelle Behandlung zu gewährleisten. Die Koordinations- und Navigationskompetenz der Sozialen Arbeit sollte hier gesehen werden. Doppelstrukturen zu beispielsweise Helferkonferenzen in den Hilfen zur Erziehung müssen vermieden werden.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV	Zustimmung voarallem 5 & 6	

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF) und Systemischen Gesellschaft e.V. (SG)
17.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1 & 2	PatV	Zustimmung	Für einen niedrigschwelligen Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie stimmen wir dem Beschlussentwurf der PatV zu, welcher für

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Patient*innen, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie gewährleistet. Eine Überweisung ist für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht notwendig.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		Für einen niedrigschwelligen, schnellen und flexiblen Zugang zu der Behandlung nach dieser Richtlinie sprechen wir uns gegen die Notwendigkeit einer Überweisung und einfachen Empfehlungsmöglichkeit aus. Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 durch alle Leistungserbringer nach § 4 ausgesprochen werden.

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder		

Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
KBV/DKG: (3)**GKV-SV**: weiter zu (3)Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 9 Absatz 3	GKV-SV	(…) sofern diese erforderlich sind [und integrieren diese in den Gesamtbehandlungsplan].	Wir begrüßen den Hinweis auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen auch außerhalb des SGB V. Diese Leistungen müssen in dem Gesamtbehandlungsplan mitgedacht mitbedacht werden, um kontraproduktives Wirken zu verhindern.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4		Streichung	Diese beiden Versorgungsformen schließen sich laut der Beschlussentwürfe aus. Dies erfordert ein sehr gutes Kooperationsverhältnis zwischen den Leistungserbringern, damit notwendige, flexible Hilfen nicht aufgrund monetärer oder konkurrierender Dynamiken verhindert werden. Dies gilt es zu verhindern.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1 & 3	KBV/DKG	Zustimmung	Analog zu der Erläuterung in §1 Absatz 2 Nummer 1, 2 und 6 und den in dieser Stellungnahme vorgeschlagenen ergänzten Zielen sind relevante Bezugspersonen dauerhaft an dem Gesamtbehandlungsplan zu beteiligen und in diesen zu integrieren.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	4	PatV	Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen [auch für relevante Bezugspersonen]	Analog zu der Erläuterung in §1 Absatz 2 Nummer 1, 2 und 6 und den in dieser Stellungnahme vorgeschlagenen ergänzten Zielen sind relevante Bezugspersonen dauerhaft an dem Gesamtbehandlungsplan zu beteiligen und in diesen zu integrieren.

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1 umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	3	PatV	3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten [deren relevante Bezugspersonen] beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen [und fallübergreifenden] Fallbesprechungen und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens	siehe §1 Absatz 2 Nummer 1und §1 Absatz 2 Nummer 6 in dieser Stellungnahme

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie		Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten, bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, 5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem. (7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 3)*	PatV	die Organisation regelmäßiger patientenorientierter [familienorientierter] Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4,	siehe §1 Absatz 2 Nummer 1und §1 Absatz 2 Nummer 1 & 2 in dieser Stellungnahme
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 4)*	PatV	(..) Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten, [sowie den relevanten Bezugspersonen] bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen	siehe §1 Absatz 2 Nummer 1und §1 Absatz 2 Nummer 1 & 2 in dieser Stellungnahme

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle [und familienorientierte] Bedarf für die Anschlussversorgung	siehe §1 Absatz 2 Nummer 1in dieser Stellungnahme

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von		Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	jeweiligen Kindes oder Jugendlichen [und relevanter Bezugspersonen] nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.	Siehe §1 Absatz 2 Nummer 1 & 2

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF) und Systemischen Gesellschaft e.V. (SG)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	

DGSF
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie

SYSTEMISCHE GESELLSCHAFT

DGSF e. V.
Jakordenstraße 23
50668 Köln

info@dgsf.org
www.dgsf.org

Systemische Gesellschaft e.V.
Damaschkestraße 4
10721 Berlin

info@systemische-gesellschaft.de
www.systemische-gesellschaft.de

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, Stellung zu beziehen.

Das Ziel dieser Richtlinie, eine Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf **und deren Bezugssystemen** berufsgruppen- und sektorenübergreifend als **„SGB-übergreifende, familienorientierte Gemeinschaftsleistungen"** zu gewährleisten, begrüßen wir sehr.
Wir vermissen jedoch Hinweise auf die Ausgestaltung und Durchführung gerade an den Schnittstellen der Hilfesysteme zwischen den Sozialgesetzbüchern, vor allem des SGB VIII, aber auch des SGB IX und SGB XII. Das Ziel dieser Richtlinie kann nur erreicht werden, wenn die Versorgung **als „SGB-übergreifende, familienorientierte Gemeinschaftsleistung"** betrachtet wird.

Für die stellungnehmenden Verbände, die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF) und die Systemischen Gesellschaft e.V. (SG) ist die **Familienorientierung** von zentraler Bedeutung. Die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie für Erwachsene und die anstehende Anerkennung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche zeigt, dass diese im gesetzlich gesteuerten Gesundheitssystem verstärkt ankommt und Berücksichtigung findet.

Die Perspektive der Familienorientierung

Für eine gelungene Umsetzung der vorliegenden Richtlinie gilt es, psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche prinzipiell als Teil eines Familiensystems zu sehen – nur so können diese fachgerecht, zielführend und wirksam unterstützt und behandelt werden: Es müssen sowohl Kinder und Eltern als Personen mit ihren individuellen Ressourcen und Belastungen als auch das familiäre Beziehungsgefüge in den Blick genommen werden. Leistungen nach dieser Richtlinie sind deshalb an der Ausgangslage des Familiensystems, seiner Mitglieder sowie weiteren relevanten Akteur*innen im sozialen Bezugssystem der Patient*innen zu orientieren.

Ein zentraler Wirkfaktor für einen nachhaltigen Behandlungserfolg ist der **dauerhafte Einbezug relevanter Bezugspersonen,** sowohl in der Behandlungsplanung und Durchführung als auch in **begleitenden Behandlungsangeboten.**

Ist ein Kind oder ein*e Jugendliche*r psychisch erkrankt, wirkt dies auf alle Familienangehörige, insbesondere auf Eltern und Geschwisterkinder. Ist ein Familiensystem durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen belastet, sind bei Bedarf **Hilfsangebote und Unterstützungsleistungen für die relevanten Bezugspersonen oder/und Geschwisterkinder** zu ermöglichen.

Sind mehrere Familienmitglieder von einer psychischen Erkrankung betroffen, sollte eine **Versorgung im Mehrpersonensetting mit mehreren Indexpatient*innen** möglich sein.

Es gilt, das **Familiensystem als Ganzes** in den Blick zu nehmen. Die **Perspektive der Familienorientierung** sollte daher als grundlegende Prämisse Eingang in die Richtlinie finden.

Gleichzeitig bitten wir um eine Aufnahme einer familienorientierten Perspektive auf die Maßnahmen der Versorgung. Die systemischen Fachverbände bringen sich mit ihrer Expertise an dieser Stelle gerne ein.

Eine differenzierte Stellungnahme zu den Beschlussentwürfen finden Sie auf den nachfolgenden Seiten 2-6 dieser Stellungnahme.

Zu § 1 Zweck und Versorgungsziele
Ergänzung: Familienorientierung als grundlegende Prämisse
Absatz 1 *Familienorientierung*
Kinder und Jugendliche sind immer Teil eines Familiensystems und ihrer sozialen Umwelt. Die Problemlagen von Familien mit einem psychisch erkrankten Kind oder Jugendlichen sind komplex. Kernvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung dieser Richtlinie ist daher eine grundlegende Perspektive der Familienorientierung.

Absatz 2: Unterziele unter Einnahme der Betroffenenperspektive
Absatz 2 Nummer 1 & 2 *relevante Bezugspersonen*
Für eine erfolgreiche, nachhaltige Behandlung ist das ganze Familiensystem von zentraler Bedeutung. Es gilt, mit der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht nur individuell die Patient*innen zu erreichen, sondern auch deren relevante Bezugspersonen. Der Anspruch an Behandlungskontinuität nach dieser Richtlinie sollte auch für relevante Bezugspersonen der Patient*innen gelten.

Absatz 2 Nummer 3 *Unterstützungsangebote und Unterstützungsstrukturen für Angehörige*
Ist ein Kind oder Jugendlicher psychisch erkrankt, wirkt dies in die gesamte Familie. Häufig sind Eltern und Geschwisterkinder durch die Erkrankung der betroffenen Person hoch belastet.
Komplementäre bedarfsgerechte und passgenaue psychosoziale, psychotherapeutische oder pädagogisch-**unterstützende Angebote und Unterstützungsstrukturen für Angehörige** sollten selbstverständlich Teil des Gesamtbehandlungsplans darstellen.

Absatz 2 Nummer 3 *Diagnostik und Therapiemöglichkeiten im Kontext der Familie*
Unterliegt auch die Diagnostik einer Familienorientierung, kann durch eine Familien- und Umfelddiagnostik der Stellenwert bestimmt werden, den die Familie für die individuelle Psychopathologie des Kindes oder Jugendlichen hat und wie diese auf die Familie wirkt.

Im Sinne der Familienorientierung gilt es, Angebote koordinierter und aufeinander abgestimmter **Elternarbeit, Begleitangebote, Eltern-bezogene Behandlungsangebote, sowie Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen** flächendeckend im ambulanten, stationären, stationsäquivalenten und teilstationären und aufsuchenden Setting zu etablieren und in den Behandlungsverlauf zu integrieren. Angehörige können so befähigt werden, mit der Erkrankung ihres Kindes und den Folgen umzugehen.

Sind in einem Familiensystem mehrere Mitglieder von einer psychischen Erkrankung betroffen, müssen diese in der Behandlungsplanung ›mitgedacht‹ und **Leistungen im Mehrpersonensetting für mehrere Indexpatient*innen**, sektoren- und säulenübergreifend regelhaft ermöglicht werden.

Absatz 2 Nummer 4 *Partizipation der relevanten Bezugspersonen*
Der Behandlungsansatz sollte ganzheitlich auf die gesamte Familie in allen Phasen des Hilfeverlaufes ausgerichtet sein. Ein partizipativer Behandlungsansatz gilt ebenso für relevante Bezugspersonen.

Absatz 2 Nummer 5 *flexible und variable Behandlungssettings*
Eine wohnort- und zeitnahe, direkte, flexible und patient*innenorientierte bedarfsgerechte stationäre, stationsäquivalente und teilstationäre Versorgung muss flächendeckend Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen und deren Familien zugänglich sein. Hierfür benötigt es zeitgemäße Angebote, wie zum Beispiel Home Treatment. Droht aufgrund ungünstiger Kontextfaktoren im Lebensumfeld von Patient*innen eine seelische Verschlechterung, sind diagnoseunabhängige stationäre Aufenthalte zu befürworten.

Absatz 2 Nummer 6 *Koordinierung der strukturierten familienorientierten Versorgungsangebote*
Nach dieser Richtlinie sind die Leistungen und Maßnahmen von Patient*innen zu koordinieren und zu strukturieren. Leistungsbezüge der Patient*innen aus anderen Hilfesystemen sind zu beachten, um bestehende gut funktionierende Strukturen gerade aus dem Bereich der Jugendhilfe mit Bezugspersonenkontinuität im Bedarfsfall **gleichberechtigt** einzubinden und Doppelstrukturen zu vermeiden. Dies muss jedoch auch für die Unterstützungsleistungen der gesunden oder erkrankten Angehörigen gelten.

Absatz 2 Nummer 6 *verpflichtende Kooperation*
Durch die geplante berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung an den Schnittstellen wird ein gründlicher und regelmäßiger gleichberechtigter Austausch aller Behandler*innen, Akteur*innen und Sozialsysteme notwendig. Für gelingende Behandlungsverläufe im Sinne dieser Richtlinie gilt es, Kooperation strukturell und verpflichtend zu verankern. Die verbindliche systemübergreifende Kooperation, Koordination und Vernetzung sollte daher als eigene Leistungsart für diese Personengruppe in allen Sozialgesetzbüchern verankert werden. Regelungen zur verpflichtenden Kooperation analog § 81 SGB VIII sind ebenfalls in allen relevanten SGB zu treffen.

Absatz 2 Nummer 6 *Fallabhängige und fallunabhängige*
Gelingende Zusammenarbeit im Einzelfall beruht häufig auf fallunabhängiger Netzwerkarbeit und Kooperation. Deshalb sollte diese als Merkmal guter Strukturqualität sowohl einzelfallbezogen als auch fallunabhängig erfolgen. Eine regionale, fallunabhängige Infrastruktur sollte durch verpflichtende Regelungen zur Kooperation analog zum SGB VIII geschaffen werden.

Absatz 2 Nummer 7 *Psychiatrische Institutsambulanzen*
Wir unterstützen die Möglichkeit der gleichzeitigen Leistungserbringung Psychiatrischer Institutsambulanzen. Das Behandlungsangebot nach § 118 SGB V sollte als Ressource genutzt werden, da es bereits in multiprofessionellen Teams arbeitet, regional vernetzt ist und vorrangig Patient*innen bei Bedarf aufsuchend behandelt. Häufig unterstützen Psychiatrische Institutsambulanzen einen gelungenen Übergang an der ambulant-stationären Schnittstelle und vermeiden so wiederkehrende stationäre Aufnahmen.

Absatz 3: Maßnahmen zur Erreichung der Ziele
Absatz 3 Nummer 2 & 6 *familienorientierten Versorgung*
Damit die unterschiedlichen Leistungen des Einzelfalls mit den Leistungen der Familienmitglieder nicht kontraproduktiv und zusätzlich belastend auf das Familiensystem wirken, bedarf es eines koordinierten, familienorientierten Überblicks und einer Abstimmung. Auch die Unterstützungsangebote relevanter Bezugspersonen oder Leistungen anderer Indexpatient*innen eines Familiensystems müssen in dem Gesamtbehandlungsplan organisiert und koordiniert werden.

Absatz 3 Nummer 3 *Hilfs- und Unterstützungsangebot für Angehörige*
Ist ein Familienmitglied psychisch erkrankt, sind alle Angehörigen hoch belastet, einschließlich der Eltern und Geschwister. Diese (noch gesunden) Familienmitglieder gilt es, durch Hilfs- und Unterstützungsangebote, welche den komplexen Bedarfslagen des Familiensystems entsprechen, zu unterstützen.

Absatz 3 Nummer 7 *flexible Behandlungssettings*
Behandlungssettings müssen auf jeden Einzelfall flexibel und passgenau flächendeckend zur Verfügung stehen

und im Bedarfsfall zeitnah zu wechseln sein. Neben bedarfsgerechten, säulenübergreifenden stationären, stationsäquivalenten und teilstationären Behandlungssettings müssen auch aufsuchende Versorgungsangebote ausreichend finanziert und implementiert werden.

In den aufgeführten Katalog der Richtlinie sind folgende Maßnahmen zu ergänzen:

Absatz 3 Nummer 10 *Unterstützungsangebote auch für relevante Bezugspersonen*
Auch für relevante Bezugspersonen gilt es, bedarfsgerechte und individuell passgenaue psychosoziale, psychotherapeutische und/oder pädagogisch-unterstützende und koordinierte Unterstützungsangebote zu initiieren, zu koordinieren und durchzuführen.

Absatz 3 Nummer 11 *Behandlungsformen mehrerer Indexpatient*innen im Mehrpersonensetting*
Sind mehrere relevante Bezugspersonen eines Familiensystems von einer psychischen Erkrankung betroffen, ist es für eine integrierte Behandlung und Unterstützung aller Familienmitglieder notwendig, **gemeinsame Behandlungsformen im Mehrpersonensetting mit zwei oder mehr Indexpatient*innen eines Familiensystems** sektoren- und säulenübergreifend zu ermöglichen.

Absatz 3 Nummer 12 *Begleitangebote*
Eltern-Kind-Versorgungsleistungen und Eltern-bezogene Behandlungsangebote **im stationären, stationsäquivalenten, teilstationären und aufsuchenden Setting** sind flächendeckend zu verankern. Beispielhaft sind hier Eltern-Kind-Ambulanzen, säulenübergreifende multifamilientherapeutische Angebote, teil- und vollstationär als Eltern-Kind-Tagesklinik bzw. -Station, sowie aufsuchende Leistungen im Home Treatment zu erwähnen. Ein begleiteter Aufenthalt durch relevante Bezugspersonen ist zu fördern, da dies zu einer Stärkung und Sicherung des Behandlungserfolgs beiträgt.

§ 2 Definition der Patientengruppe

Absatz *1* *Leistungen ab der Geburt*
Die systemischen Verbände unterstützen den Beschlussentwurf der KBV, welcher Kinder ab der Geburt einbezieht. Eine frühzeitige Unterstützung der Familien nach der Geburt, ist daher besonders wichtig, um Entwicklungsdefiziten frühzeitig entgegenzutreten. Frühzeitig geleistete Hilfe ersetzt oft eine spätere, meist aufwendigere Hilfe. Je früher Unterstützungsangebote ansetzen, umso effektiver können die Entwicklungs- und Zukunftschancen von Kindern erhöht werden.

Absatz 3 *komplexer Behandlungsbedarf*
Die systemischen Verbände unterstützen den Beschlussentwurf der PatV, da der komplexe Behandlungsbedarf entsprechend dieser Richtlinie durch den Bezug von Leistungen aus verschiedenen Behandlungs- und Leistungsbereichen ausreichend begründet ist.

§ 3 Transition

Absatz 2 Nummer 1 *Anschlussbehandlung*
Die Zeitpunkt der Transition muss sich ergänzend an den regional verfügbaren und tatsächlich greifenden Behandlungsmöglichkeiten orientieren. So müssen behandelnde Psychotherapeut*innen den Reifegrad und Entwicklungsstand der jungen Erwachsenen anerkennen und diese als Patient*innen in eine Anschlussbehandlung aufnehmen.

Absatz 2 Nummer 3 & Absatz 5 *regelmäßig verpflichtende und säulenübergreifende Fallbesprechung*
Fallbesprechungen müssen regelmäßig, verpflichtend und säulenübergreifend mit allen relevanten Leistungserbringern stattfinden, um Synergieeffekte und eine kosten- und ressourcensparende Versorgung zu ermöglichen. Dies unterstützt ebenso die Zielerreichung einer gelingenden Kooperation und Netzwerkarbeit (siehe Absatz 2 Nummer 6).

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Absatz 1 Nummer 5+6, *systemübergreifende Leistungserbringer, insbesondere der Jugendhilfe*
sowie § 4 Absatz 2 PatV
Um eine möglichst große Versorgungsdichte zu erlangen, sind alle geeigneten Leistungserbringer zu berücksichtigen sowie bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringer einzubeziehen. Ebenso sollte die Ressource und Expertise,

wie beispielsweise der Netzwerkarbeit und des lebensweltnahen, aufsuchenden Arbeitens der Profession Soziale Arbeit, insbesondere Jugendhilfe, anerkannt werden.

Absatz 3 KBV/DKG *multidisziplinäre Teams*
Bei der Erstellung der Richtlinie müssen aus unserer Sicht reale, bereits existierende Versorgungsdefizite berücksichtigt werden. Von der Versorgung der Patient*innen in einem patientenindividuellen Team aus den benannten Berufsgruppen ist daher abzusehen, um eine flächendeckende Implementierung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.

Absatz 3 PatV *systemübergreifende Leistungserbringer, insbesondere Jugendhilfe*
Umso wichtiger für die Erreichung der Ziele ist es, mit Leistungsträgern, welche nicht zu der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind, eine Zusammenarbeit anzustreben. Hierzu sollten alle in den Entwürfen benannten Leistungsträger so breit wie möglich aufgeführt werden.
Regelungen an den Schnittstellen zu bereits installierten Hilfen aus anderen Systemen wie der Jugendhilfe sind noch zu treffen.

Zu §5 *Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut*
Von der Voraussetzung eines vollen Versorgungsauftrages ist dringend abzusehen, da ein-wohnortnahes und flächendeckendes Versorgungsangebot mit dieser Einschränkung nicht erreicht werden kann. Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 mit einem halben Versorgungsauftrag stehen der Versorgung in gleicher Weise in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Zu § 6 *Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten*
Wir begrüßen die Möglichkeit einer nicht-ärztlichen Koordination der Versorgung, da die Koordinations- und Navigationskompetenz, Familienorientierung und Expertise in lebensweltorientierter Unterstützungsleistung der Sozialen Arbeit, insbesondere der Jugendhilfe, eine nicht zu unterschätzende Ressource darstellt.

§ 7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie

Absatz 2
Wir begrüßen die interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche fallbezogen und fallunabhängig zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen und Systemen und Säulen regelmäßig stattfinden sollte.
Eine Verpflichtung zur Kooperation, analog der Regelung im SGB VIII, ermöglicht eine gelungene Kooperation und Klarheit der unterschiedliche Akteur*innen an den Schnittstellen.
Der Fokus bei der Behandlung ist nicht ausschließlich auf die medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen zu legen, sondern es ist tatsächlich eine multiprofessionelle Behandlung zu gewährleisten.
Die Koordinations- und Navigationskompetenz der Sozialen Arbeit sollte hier gesehen werden. Doppelstrukturen zu beispielsweise Helferkonferenzen in den Hilfen zur Erziehung müssen vermieden werden.

§ 8 Zugang

Absatz 1+2 *niedrigschwelliger Zugang für Patient*innen, die bereits Leistungen empfangen*
Für einen niedrigschwelligen Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie stimmen wir dem Beschlussentwurf der PatV zu, welcher für Patient*innen, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie gewährleistet. Eine Überweisung ist für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht notwendig.

Absatz 3 *Empfehlungen*
Für einen niedrigschwelligen, schnellen und flexiblen Zugang zu der Behandlung nach dieser Richtlinie sprechen wir uns gegen die Notwendigkeit einer Überweisung und einfachen Empfehlungsmöglichkeit aus. Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 durch alle Leistungserbringer nach § 4 ausgesprochen werden.

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

Absatz 3 *koordinierte Hilfs- und Unterstützungsangebote für Angehörige*

Wir begrüßen den Hinweis auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen auch außerhalb des SGB V. Diese Leistungen müssen in dem Gesamtbehandlungsplan mitgedacht mitbedacht werden, um kontraproduktives Wirken zu verhindern.

Absatz 4 *kein Ausschluss der gleichzeitigen Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Behandlung*

Diese beiden Versorgungsformen schließen sich laut der Beschlussentwürfe aus. Dies erfordert ein sehr gutes Kooperationsverhältnis zwischen den Leistungserbringern, damit notwendige, flexible Hilfen nicht aufgrund monetärer oder konkurrierender Dynamiken verhindert werden. Dies gilt es zu verhindern.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

Absatz 1 & 3 relevante Bezugspersonen

Analog zu der Erläuterung in §1 Absatz 2 Nummer 1, 2 und 6 und den in dieser Stellungnahme vorgeschlagenen ergänzten Zielen sind relevante Bezugspersonen dauerhaft an dem Gesamtbehandlungsplan zu beteiligen und in diesen zu integrieren.

§ 11 Leistungen der Kooperation und Koordination

Absatz 1 Nummer 3 PatV
siehe §1 Absatz 2 Nummer 1und §1 Absatz 2 Nummer 6 in dieser Stellungnahme

Absatz 2 Nummer 3 und 4 PatV
siehe §1 Absatz 2 Nummer 1und §1 Absatz 2 Nummer 1 & 2 in dieser Stellungnahme

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

Absatz 1
siehe §1 Absatz 2 Nummer 1in dieser Stellungnahme

Absatz 2 PatV
siehe §1 Absatz 2 Nummer 7 in dieser Stellungnahme

Für die beiden Verbände
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e.V. (DGSF)
Systemischen Gesellschaft e.V. (SG)

Prof. Dr. Matthias Ochs
Vorsitzender DGSF

Dr. med. Wolfgang Dillo
Vorstand SG

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) unter Berücksichtigung der durch den Betroffenenrat eingebrachten Punkte
13.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
	Die Erstfassung der Richtlinie sieht keine Schutzkonzepte gegen sexualisierte Gewalt vor. Die Erstellung eines Schutzkonzeptes wäre mit Blick auf die Koordinierende Person bzw. die Bezugsärztin/-therapeutin wichtig. Mit diesen soll eine vertrauensvolle Beziehung entstehen und besteht die Möglichkeit von Hausbesuchen. Damit steigt das Risiko für (sexuelle) Gewalt. Die Erstellung eines Schutzkonzeptes wäre auch mit Blick auf Eltern bzw. Bezugspersonen wichtig, die als gewaltausübende Erwachsene bisher nicht mitgedacht werden. **Auch vor dem Hintergrund, dass erkrankte Kinder und Jugendliche eine Vielzahl an zu koordinierenden Maßnahmen in Anspruch nehmen und damit überdurchschnittlichen Kontakt zu diversen Leistungserbringerinnen haben, ergibt sich insgesamt die Notwendigkeit von Gewaltschutzkonzepten.** **Ein Element eines Schutzkonzeptes wäre eine unabhängige Anlaufstelle/ Ombudsstelle für den Fall von sexualisierter Gewalt, aber auch bei Behandlungsfehlern. Auch für Eltern/ Bezugspersonen muss es eine solche Anlaufstelle geben.**
	UBSMK bittet zu prüfen, wie das Recht auf Teilhabe und Mitsprache von Kindern und Jugendlichen konsequent umgesetzt werden kann.

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*Nr. 4.*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Aus Sicht von UBSKM sind die Kriterien für Partizipation nicht vollständig erfüllt. Zwar werden Kinder und Jugendliche teilweise beteiligt, an einigen Stellen, wie z.B. an Fallbesprechungen und an der harmonisierenden Gesamtbehandlungsplanung jedoch nicht.	Dem Bedürfnis von Kindern und insbesondere Jugendlichen nach Autonomie muss Rechnung getragen werden. Handlungen wie sexuelle Gewalt, die schwere Traumata zur Folge haben, übergehen die Autonomie der betroffenen Kinder und Jugendliche vollständig. Es muss vermieden werden, dass mangelnde Partizipation an der Behandlungsplanung dazu führt, dass Kinder und Jugendliche sich in ihrer Autonomie erneut eingeschränkt fühlen.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV.	Die stationäre Behandlung sollte nicht grundsätzlich vermieden werden. Denn insbesondere für Kinder und Jugendliche, die von innerfamiliärer Gewalt betroffen sind, kann ein stationärer Aufenthalt der einzige Ausweg aus der Gewalt sein.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV.	Psychiatrische Institutsambulanzen sollten mit zur Versorgung nach dieser Richtlinie

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
				berechtigt sein. Eine Versorgung in der Ambulanz würde auch die Einrichtung und Anwendung eines (institutionellen) Schutzkonzeptes erleichtern.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	UBSKM unterstützt diesen Beschlussentwurf.	Gerade bei jungen Menschen ist ein nahtloser Übergang in weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme unbedingt notwendig. Hier sollte auch an Anträge des Sozialen Entschädigungsrecht gedacht werden.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 1 Absatz 3	*Nr. 8*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	Für die Angebote der aufsuchenden Versorgung weist UBSKM darauf hin, dass ein Schutzkonzept erstellt und angewendet werden sollte.	
§ 1 Absatz 3	*Nr. 9*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	UBSKM regt an, dass Kindern und Jugendlichen grundsätzlich die Möglichkeit der Teilnahme an Fallbesprechungen ermöglicht werden sollte.	

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	KBV/DKG/ PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf von KBV/DKG und PatV.	Die Richtlinie sollte für Kinder ab dem Zeitpunkt der Geburt gelten. Es ist nicht ersichtlich, dass die Qualität und der Umfang der Versorgung im jetzigen Hilfesystem für

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Säuglinge und Kleinkinder bis 3 Jahren der Qualität und dem Umfang der Versorgung nach dieser Richtlinie entspricht.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV	UBSKM weist darauf hin, dass Einschränkungen in Funktions- und Lebensbereichen nicht zu schematisch nach dem MAS betrachtet werden dürfen. Wichtig ist eine Zusammenschau der insgesamt zugrunde gelegten Kriterien, um die Beeinträchtigung, den Leidensdruck und die Schwere der Erkrankung fachlich einzuschätzen.	Es besteht nicht zwangsläufig eine Korrelation zwischen hohem Funktionsniveau und milder Ausprägung einer Erkrankung. Gerade traumatisierte Kinder und Jugendliche weisen oft ein hohes Funktionsniveau auf.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	KBV/DKG/ PatV	s.o.	

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und		

3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	GKV-SV		
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV	Der Zugang zur Versorgung muss möglichst niedrigschwellig sein. Insbesondere müssen auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzen bei der Bestimmung des komplexen Behandlungsbedarfes berücksichtigt werden. Die Überschneidung von Sozialgesetzbüchern und Versorgungsstrukturen entspricht der Lebensrealität betroffener Kinder und Jugendlicher.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*Nr. 4*	KBV/DKG/ PatV	UBSKM unterstützt die Position von KBV/ DKG und PatV. Die Koordinierung der Komplexversorgung sollte bei der Bezugsärztin bzw. dem Bezugsarzt/der Bezugspsychotherapeutin bzw. dem Bezugspsychotherapeuten liegen.	Die Organisation und Koordinierung der Behandlungen sollten bei der Person liegen, zu der das Kind bzw. die jugendliche Person einen engen Bezug hat und Vertrauen aufgebaut hat. Es ist zu vermeiden, eine weitere Person als koordinierende Person hinzuzuziehen, die die Behandlung, die Bedürfnisse und Entwicklungen des Kinds/der jugendlichen Person nicht kennt. Wenn es eine zusätzliche koordinierende Person gibt besteht das Risiko, dass die Bezugsärztin/der Bezugsarzt/die Bezugstherapeutin/der Bezugstherapeut in der Praxis aufgrund des engen Bezugs, Kenntnissen zur Behandlung und zu Bedarfen des Kindes/der jugendlichen Person, trotzdem viele koordinierende Aufgaben übernimmt, die dann nicht vergütet werden.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	UBSKM bittet um Erklärung zu „wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe“. Der Bezug zum vorangegangenen Satzteil ist nicht nachvollziehbar. In die Beispielsaufzählung sollte bitte auch das Soziale Entschädigungsrecht (SGB XIV) aufgenommen werden, da dieses in der Praxis häufig nicht geprüft wird, aber gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung gute Leistungen erbringt.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV	UBSKM wertet die Stärkung der Kooperation grundsätzlich als positiv, weist aber darauf hin, dass ein Einbezug der Kinder und Jugendlichen in die Fallbesprechungen fehlt. Zudem gibt es keine Regelung dazu, wie Patientinnen bzw. Patienten darüber entscheiden können, wer sich mit wem zu was austauschen darf; hier würde es das Mitbestimmungsrecht von Sorgeberechtigten ebenfalls betreffen.	Der partizipative Ansatz dieser Richtlinie sollte konsequent umgesetzt werden.
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*Nr. 6*	PatV	UBSKM unterstützt die Ergänzungen von Nr. 5 und Nr. 6 der PatV	Es ist essentiell, dass Kliniken in die Versorgung eingebunden sind und nicht nur Einzelpersonen in Kliniken. Auch die Einbindung von Institutsambulanzen ist aus Sicht von UBSKM zwingend.
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V	*(Hinweis: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V

3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
§ 4 Absatz 2		PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV und bittet um Prüfung, ob Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Kunst- und Körpertherapie ergänzt werden können.	Körpertherapie spielt bei der Behandlung von Traumafolgen eine große Rolle, Kunsttherapie ist vor allem für Kinder und Jugendliche mit mehrfacher Beeinträchtigung eine gute Behandlungsmöglichkeit. Die Einbeziehung von Rehabilitationseinrichtungen ist wichtig. Der Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung kann für Kinder und Jugendliche eine gute Alternative zum Aufenthalt in einer Psychiatrie sein.

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 4	*(z.B. Nummer 1)*	KBV/DKG	Es sollten grundsätzlich Kliniken und nicht nur Einzelpersonen in Kliniken in die Versorgung eingebunden sein. Auch die Einbindung von Institutsambulanzen ist aus Sicht von UBSKM zwingend.	

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:		(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante [PatV: (Kinder-)]Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung],
[GKV-SV/KBV/DKG: 6.] [PatV: 5.] Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.] [PatV: 6.] Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 8.] [PatV: 7.] Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung [GKV-SV: und] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td colspan="3">[GKV-SV/KBV/DKG: 9.] [PatV: 8.] Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten [GKV-SV: .] [KBV/DKG/PatV: ,]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 10.] [PatV: 9.] Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">[KBV/DKG: 11] [PatV: 10.] Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
<tr><td></td><td>12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie</td><td>11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)</td></tr>
</table>

	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV und bittet um Prüfung, ob Angehörigengruppen, Gruppen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und spezialisierte Fachberatungsstellen ergänzt werden können. Darüber hinaus bittet UBSKM zu prüfen, ob Fallmanager der Versorgungsbehörden nach dem Sozialen Entschädigungsrecht ergänzt werden können.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**] [PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG:** (6)**] [PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 6**] [PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/ DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG	UBSKM sieht diese Regelung kritisch. UBSKM bittet zu prüfen, ob eine Regelung möglich ist, nach der die behandelnde Therapeutin/Therapeut/Arzt/Ärztin auch die Rolle der/des Bezugstherapeutin/-therapeuten/ärztin/arztes übernehmen kann. Für den Fall einer neuen Bezugsärztin/Bezugsarzt oder einer neuen Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeuten bittet UBSKM zur prüfen, wie ein Gesamtbehandlungsplan gemeinsam mit der bisherigen behandelnden Ärztin/Arzt/Therapeutin/Therapeuten erstellt werden kann.	Bei schon laufender Behandlung sollte der bisherige Behandlungsplanung nicht einfach abgegeben werden und ein Kind seine bisherige Therapeutin nicht unfreiwillig abgeben müssen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der		

Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen;		

Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser

Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV	UBSKM stimmt dem Beschlussentwurf der PatV zu.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**] [PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**] [PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV	Dieser Passus sollte dahingehend konkretisiert werden, dass nur in der PIA tätige Fachärztinnen/Fachärzte in fortgeschrittener fachärztlicher Ausbildung gemeint sind; analog zu den Bestimmungen in der Traumaambulanzverordnung	Damit wird die oft noch mangelnden Berufserfahrung und mögliche Überforderung durch die Behandlungsverantwortung berücksichtigt.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist,

		dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 3	PatV	UBSKM unterstützt den Beschlussentwurf der PatV. Es sollte nicht notwendig sein, dass die Bezugsärztin/der Bezugsarzt/die Bezugstherapeutin/der Bezugstherapeut über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt	Ohne die Beschränkung auf einen vollen Versorgungsauftrag wird die Gruppe der potentiellen Bezugstherapeuten und -therapeutinnen größer, was das Wahlrecht von Patientinnen und Patienten stärkt und die Versorgung verbessern kann.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (3)**]** **[KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**] [KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	KBV/DKG, PatV, GKV-SV	UBSKM regt an, statt auf Wünsche besser auf den Willen der Patientin oder des Patienten abzustellen	Wünsche ist zu wenig. Gerade in Fällen von Gewalt innerhalb der Therapie ist der Wille des Patienten bzw. der Patientin zu berücksichtigen, die behandelnde Person zu wechseln.

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		

3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**]** **[KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 6 Absatz 2		GKV-SV		
§ 6		KBV/DKG/ PatV		
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	*(z.B. Nummer 3)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV	UBSKM unterstützt die Fassung der PatV.	Der Vorschlag ist realitätsnah und bezieht Krisenfälle o.ä. schon mit ein.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in

Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	die Versorgung einzubeziehen und nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

zusammengetragen und besprochen. Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Behandlungsbeginn (sowie bei Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen;	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden. 4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer /Buchstabe**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**	UBSKM unterstützt das Ziel der des Beschlussentwurfes, regt aber an zu konkretisieren, wer zuständig ist, das Schutzkonzept zu erarbeiten.	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) unter Berücksichtigung der durch den Betroffenenrat eingebrachten Punkte
13.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 die erforderlichen Einwilligungserklärungen der	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. 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

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
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.		patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.	Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	§ 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	GKV-SV		
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 10 Absatz 4	PatV		

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	GKV-SV			
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen		Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 2)*	PatV		
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**] [PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	KBV/DKG/ PatV	UBSKM stimmt dem Vorschlag der PatV zu	Um den Zugang zur Versorgung kind- und jugendgerecht zu gestalten, muss eine ergänzende Kommunikation und Versorgung mittels digitaler Medien möglich sein.

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV	UBSKM bittet darum, dass die Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten in die Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele einbezogen werden muss.	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV	UBSKM stimmt der PatV zu. Eine Beurteilung ist regelmäßig und in längeren Zeitabständen als halbjährlich vorzunehmen. Im Einzelfall sollte auch eine Entfristung der Versorgung nach dieser Richtlinie ermöglicht werden.	Prüfungen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind, sind immer eine Belastung für Betroffene, da sie zu Unsicherheiten führen, ob die Behandlung weiter fortgesetzt werden kann. Diese Prüfungen können somit die therapeutische Beziehung beschädigen, die psychotherapeutische oder ärztliche Arbeit behindern und zu negativen Folgen führen.

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kinde		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
17.10.2023

Haben Sie allgemeine Anmerkungen zu den Entwürfen von GKV-SV, KBV/DKG und/oder PatV zur KJ-KSVPsych-RL? Bitte tragen Sie diese hier ein und geben Sie bitte ggf. an, auf welche Position(en) sich Ihre Anmerkungen beziehen:

Position von	Allgemeine Anmerkungen
Allen Beteiligten	**Der gesamte Beschlussentwurf ist in der vorliegenden Fassung für Außenstehende nur sehr erschwert zu bearbeiten. Es sollte Voraussetzung sein, dass der G-BA eine weitgehend konsentierte Fassung erarbeitet hat, bei der nur noch einzelne Sätze oder Formulierungen zur Kommentierung für die Stellungnehmenden vorgelegt werden.** **Im Übrigen sollte die KSVPsych-RL für die Erwachsenen sowohl strukturell als auch inhaltlich weitestgehend identisch sein. Beide Richtlinien betreffen in der Umsetzung dieselben Leistungserbringer:innen, die sich zügig und unbürokratisch darin zurechtfinden sollten.**
KBV/DKG	**Inhaltsangabe §7 und §11: die Formulierungen sind nahezu identisch mit der KSVPsych-RL für die Erwachsenen und sollte deshalb nach dem Vorschlag der KBV/DKG benannt werden.**

* **Bitte fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten (im Folgenden: stationären) und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kita, Schule und Ausbildungsstätte).		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:		
1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.		
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.		
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.		
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 1 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.		5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Möglichkeiten der Versorgung in der häuslichen Umgebung ebenso wie eine vom Bedarf der Patienten oder des Patienten abhängende Einleitung einer stationären Behandlung.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 5	GKV-SV/		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
		KBV/DKG		
§ 1 Absatz 2	**Nummer 5**	**PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalt ist individuell vom Zustand der einzelnen Patient:innen abhängig, daher ist die Formulierung des „Bedarfs“ aus unserer Sicht passend.**

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.		

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 6	GKV-SV/ KBV/DKG /PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		7. Die Richtlinie unterstützt die Möglichkeit temporär gleichzeitig zu erbringender ambulanter Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 und niedergelassene Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1.

Betreffende Passage	Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2	Nummer 7	PatV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV/ KBV/DKG: 7.**] [PatV:** 8.**]** Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 2 **[GKV-SV/KBV/ DKG:** Nummer 7**] [PatV:** Nummer 8**]**	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:		
1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,		
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Sicherstellung einer schnittstellenübergreifenden Koordination und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,		
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,		
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,		
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,		
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,		
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,		
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Absatz 3	**Nummer 9**	**GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Wir bekräftigen die Zielsetzung des kontinuierlichen und strukturierten Austauschs, gerade auch durch regelmäßige Fallbesprechungen. Dieser inhaltlich notwendige Austausch scheitert aktuell an den fehlenden Strukturen und der Finanzierung der Arbeitszeit für alle Beteiligten.**
§ 1 Absatz 3	*(z.B. Nummer 7)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 2 Definition der Patientengruppe

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf vom vollendeten 3. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 1	GKV-SV		
§ 2 Absatz 1	**KBV/DKG /PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Es liegt kein sachlicher Grund vor, warum Kinder unter 3 Jahren (bzw. deren Sorgeberechtigte) bei einer Erkrankung aus dem V. Kapitel (F01 bis F99) des ICD-10-GM**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			nicht von der neuen Versorgungsform profitieren können. Deshalb unterstützen wir die Formulierung „von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr“.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(2) Zur Bestimmung der Indikation und des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen.	(2) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters zu verwenden (MAS). Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe von 4 bis 8 gegeben ist	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 2	GKV-SV		
§ 2 Absatz 2	**KBV/DKG /PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Formulierung „Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn auf der sechsten Achse des MAS eine Stufe**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			von 4 bis 8 gegeben ist“ erleichtert die Zuordnung. Damit wird sichergestellt, dass die Zielgruppe zuverlässig erreicht wird.

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen, die eine Behandlung nach dieser Richtlinie ermöglichen, liegen dann vor, wenn 1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) des ICD-10-GM, 2. mindestens zwei psychosoziale Umstände aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS , wobei die Kategorien 5.0 „Erziehung in einer Institution“ und 9.1 „Institutionelle Erziehung“ der fünften Achse auf Grund ihrer großen Überschneidung als ein Umstand gezählt werden, und		

3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS gegeben sind.		

Betreffende Passage	**Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV/DKG**	**PatV**
(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und	(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens einer Maßnahme der Krankenbehandlung notwendig ist sowie eine weitere psychosoziale Leistung aufgrund der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten – auch nach anderen Leistungsgesetzen – erbracht wird.

Disziplinen gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1-3 erforderlich ist.	Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen gemäß § 4 Absatz 1 u. 4 und psychosozialer Interventionsbedarf notwendig ist**.**	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 2 Absatz 3	**GKV-SV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Der Verweis auf die betreffenden Berufsgruppen ist konkret. Der Einsatz von mindestens 2 Maßnahmen erleichtert den Zugang für die Patient:innen zu der Versorgung.**
§ 2 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 2 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

§ 3 Transition

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 1	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen: 1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten. 2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen. 3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen. 4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten durch **[KBV/DKG/PatV:** und koordiniert die weitere Transition**]**.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
5. **[GKV-SV:** Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 koordiniert.**]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 2	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
	(z.B. Nummer 5)	GKV-SV/ PatV		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Unterstützungssysteme außerhalb des SGB V im Bereich der Erwachsenen, wie bspw. der Kinder- und Jugendhilfe, der Rehabilitation und Teilhabe gemäß SGB IX, der Teilhabe am Arbeitsleben und Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben berücksichtigt werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 3	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. **[GKV-SV:** Davon abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen in Satz 1 und 2 Gültigkeit.**]** Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 4	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 4	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein **[KBV/DKG/PatV:** patientenbezogener oder patientenübergreifender**]** strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Absatz 5	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 3 Absatz 5	KBV/DKG/ PatV		

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:		
1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach den in § 6 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung entsprechend den in § 5 Absatz 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 15. September 2021 und in Kraft getreten am 1. Oktober 2021 festgelegten Anforderungen **[GKV-SV/KBV/DKG: .]** **[PatV:** oder 5. Ermächtigte Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren) nach § 119 SGB V, 6. nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V. **]**		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV		
§ 4 Absatz 1	*(z.B. Nummer 4)*	*GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV*		

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 sollen bei Bedarf eingebunden werden: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, 2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der eine Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer	*(Hinwies: siehe unten, Absatz 4. Hier nur zum Vergleich abgebildet)* *(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:* *1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,* *2. einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin für Ergotherapie,*	(2) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 folgende Leistungserbringer einbezogen werden und damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein: 1. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer

häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.	*Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V* *3. Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.*	häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben 3. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung. Ergänzend können im begründeten Einzelfall, soweit der Behandlungsbedarf nicht gedeckt werden kann, zusätzliche Leistungserbringer einbezogen werden

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	Nummer 1	PatV	Die Position der PatV wird unterstützt. Auch Leistungserbringer:innen der Logopädie/Sprachtherapie (Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) und Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V sind im Rahmen der Patientenversorgung zu berücksichtigen.	Es muss möglich, im Bedarfsfall neben der Ergotherapie auch die Heilmittelbereiche der Physiotherapie und Logopädie/Sprachtherapie einzubinden, um die Versorgungsziele nach § 1 zu erreichen.

§ 4 Absatz 2	**Nummer 2**	**GKV-SV**	**Diesem Vorschlag wird mit folgender Ergänzung zugestimmt:** **2. eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V, oder eine Soziotherapie nach §37a SGB V** **Die Beschränkung der bedarfsweise einzubindenden Heilmittelbereiche auf Ergotherapie greift zu kurz und ist daher abzulehnen. Bei der Behandlung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher können neben der Ergotherapie auch Störungsbilder der Logopädie/Sprachtherapie relevant sein.**	**Die Formulierung „sollen (…) eingebunden werden“ ist verbindlicher als die Formulierung „können“.** **Bei der Behandlung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendliche können neben der Ergotherapie auch andere Heilmittelbereiche relevant sein. Je nach Einzelfall ist auch die Verordnung von Physiotherapie und Logopädie für die Kinder und Jugendlichen bedeutsam.** **Zwar dürfen Vertragspsychotherapeut:innen gemäß § 35 Abs. 4 Heilmittel-Richtlinie selbst nur Ergotherapie verordnen, diese Beschränkung gilt jedoch nicht für die in § 4 Abs. 1 Ziff. 1 und 3 genannten teilnahmeberechtigten Vertragsärzt:innen. U.a. sind Psychogene Stimmstörungen, frühkindlicher Autismus, Kommunikationsprobleme bei Mutismus logopädisch relevante Störungsbilder. Daher darf bei entsprechendem Bedarf der Heilmittelbereiche Logopädie/Sprachtherapie nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.** **Im Falle von jungen Erwachsenen zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr findet die Zielsetzung der Soziotherapie Anwendung.**

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung 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. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten	

	Ärztinnen und Ärzte und ein oder eine der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 als patientenindividuelles Team zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 sowie nach § 10 Absatz 2.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 3	KBV/DKG		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(4) Bei Bedarf können zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 (bspw. im Rahmen von Fallbesprechungen) einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt: 1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen	

	Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, 2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V 3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 4	**Nummer 2**	**KBV/DKG**	**Die Position der KBV/DKG wird unterstützt.** **Allerdings ist dem Entwurf von KBV/DKG unseres Erachtens eine klarstellende Änderung erforderlich:** **In § 4 Abs. 4 Ziff.2 wird das Wort „oder“ durch „und“ ersetzt.**	**Im Bedarfsfall muss es ebenfalls möglich sein, mehrere Leistungserbringer:innen einzubeziehen, wenn dies zur Erreichung der Versorgungsziele geeignet ist. Die von KBV/DKG gewählte Formulierung („oder“) könnte dahingehend verstanden werden, dass nur Leistungserbringer:innen aus einem Heilmittelbereiche einbezogen werden und nicht bei Bedarf auch aus mehreren Heilmittelbereichen nebeneinander.**

***Bitte geben Sie die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen an.**

<table>
<tr><th>GKV-SV</th><th>KBV / DKG</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td colspan="2">**[GKV-SV:** (3)**] [KBV/DKG:** (5)**]** Darüber hinaus sollen zur Adressierung der Versorgungsziele nach § 1 je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:</td><td>(3) Zur Erreichung der Versorgungsziele nach § 1 ist es in der Regel erforderlich, dass je nach Bedarf mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringern eine Zusammenarbeit angestrebt wird. Zu diesen zählen insbesondere:</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante **[PatV:** (Kinder-)**]**Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung**]**,
[GKV-SV/KBV/DKG: 6**.]** **[PatV:** 5.**]** Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
[GKV-SV/KBV/DKG: 7.**]** **[PatV:** 6.**]** Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 8.**]** **[PatV:** 7.**]** Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung **[GKV-SV:** und**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**</td></tr>
<tr><td colspan="3">**[GKV-SV/KBV/DKG:** 9.**]** **[PatV:** 8.**]** Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten **[GKV-SV:** .**]** **[KBV/DKG/PatV:** ,**]**</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">**[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]** Jugendämter,</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">**[KBV/DKG:** 11**]** **[PatV:** 10.**]** Öffentlicher Gesundheitsdienst,</td></tr>
</table>

	12. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie	11. Weitere Einrichtungen der Jugendhilfe (Freie Träger gemäß § 75 SGB VIII)
	13. Schulen	12. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kitas sowie
		13. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen.
		Darüber hinaus sollen Angebote der Selbsthilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige nach den Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**		GKV-SV/ KBV/DKG		
§ 4 Absatz 3		PatV		
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]**	*(z.B. Nummer 3)*	*GKV-SV/ KBV/DKG /PatV*		

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
[PatV: Absatz 3**]**				
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 3] **[KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 3**]**	*(z.B. Nummer **[KBV/DKG:** 10.**]** **[PatV:** 9.**]***	*KBV/DKG /PatV*		

***Bitte geben Sie die Nummer und die Position an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**]** **[KBV/DKG:** (6)**]** **[PatV:** (4)**]** Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 **[GKV-SV:** Absatz 4**]**	GKV-SV/KBV/		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
[KBV/DKG: Absatz 6**]** **[PatV:** Absatz 4**]**	DKG/ PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

	(8) Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung fortgesetzt werden. Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, sollen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in die Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) Sofern die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer gemäß Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut tätig werden wollen, ist ein Kooperationsvertrag mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 abzuschließen. In dem Kooperationsvertrag ist die Tätigkeit der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11 zu regeln.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 5	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV

(6) Der Kooperationsvertrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 1 mit einer nichtärztliche koordinierenden Person gemäß § 6 ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie wird der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer gemäß Absatz 1 eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 genehmigt. Eine Beendigung des Kooperationsvertrages durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer gemäß Absatz 1 oder der nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 ist der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen und führt zu einer Aufhebung der Genehmigung, bezugsärztliche Leistungen zu erbringen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 4 Absatz 6	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 6 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absätzen 1 oder 2. Leistungserbringer gemäß Absatz 3 können, so wie die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß der Absätze 1 und 2, an Fallbesprechungen teilnehmen; Verpflichtungen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V zur Umsetzung von durch Leistungserbringer gemäß Absatz 3 vorgebrachten Anforderungen oder durch Leistungsträger des SGB V zur Übernahme von Kosten der Leistungserbringer gemäß Absatz 3 ergeben sich hieraus nicht.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 7	GKV-SV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(8) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1, die eine bezugsärztliche Tätigkeit gemäß § 5 ausüben, teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen mit.		(5) Leistungserbringer nach Absatz 1 teilen ihr Angebot, nach den Regeln dieser Richtlinie zur Verfügung zu stehen, sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft zur Information der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit. Der Mitteilung ist eine Erklärung beizufügen, nach der sich der Leistungserbringer verpflichtet, die in dieser Richtlinie aufgeführten Anforderungen insbesondere in Hinblick auf die Kooperation und – soweit das Angebot auch Leistungen nach § 5 umfasst – auch in Hinblick auf die Koordination zu erfüllen und eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach dieser Richtlinie für die von ihm betreuten Patienten sicher zu stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestätigt die Befugnis für die Leistungserbringung nach dieser Richtlinie.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 8	GKV-SV		
§ 4 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bei Erteilung einer neuen Abrechnungsgenehmigung für die bezugsärztliche Tätigkeit oder bei Beendigung einer bezugsärztlichen Tätigkeit gemäß § 5 ein aktualisiertes Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.	*(Hinweis: siehe oben, Absatz 7, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m.* Absatz *2 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.*	(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach Absatz 1 bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit § 5 werden diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 4 Absatz 9	GKV-SV		
§ 4 Absatz 6	PatV		

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für		
(*wie PatV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein	((1) *Fortsetzung*) die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie gewährleisten die erforderliche Beziehungsstabilität für psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie tragen die Verantwortung für das erforderliche,	(*wie GKV-SV*) ((1) *Fortsetzung*) die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein
((1) Fortsetzung) dem Gesamtbehandlungsplan **[KBV/DKG:** entsprechende**] [GKV-SV/PatV:** entsprechendes**]** Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.		
((1) Fortsetzung) Daher sind die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1, 3, 4 und 5 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu erbringen. Die Leistung gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 2 wird durch die koordinierende Person gemäß § 6 erbracht.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 1	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
((1) Fortsetzung) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist ein zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RL berechtigter Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 oder bei einem solchen angestellt und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen an, muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 zu delegieren.	(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an und ist Teil des patientenindividuellen Teams nach § 4 Absatz 3	*(Hinweis: Siehe Absatz 4, hier nur zum Vergleich abgebildet)* *Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.*

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 2	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(Hinweis: siehe unten, Absatz 2, hier nur zum Vergleich abgebildet: *(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.)*		(1 Fortsetzung) Sind Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 mit einer psychiatrischen Institutsambulanz an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den anderen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Patientin oder dem Patienten Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 1, Fortsetzung	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	[KBV/DKG: (3) **PatV:** (2)**]** Die an der Versorgung der Patienten gemäß § 4 **[DKG/KBV:** Absatz 3**]** beteiligten Leistungserbringer legen **[PatV:** zu Beginn der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie**]** jeweils **[KBV/DKG:** patientenindividuell**]** **[PatV:** fallbezogen**]** fest, wer die **[KBV/DKG:** Rolle**]** **[PatV:** Aufgabe**]** der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. **[KBV/DKG:** Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 5 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1. Fortsetzung) Nur eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 kann Bezugsärztin oder Bezugsarzt werden, sofern bei Patientinnen und Patienten 1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, 2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder 3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Fortsetzung Absatz 1	*(z.B. Nummer 2)*	GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz für		

Kinder und Jugendliche gemäß § 118 SGB V (PIA), kann durch eine in der PIA tätige Fachärztin oder einen Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der in § 4 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 genannten Fachgruppen die Tätigkeit als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut erfüllen und ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 Absatz 2	GKV-SV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
		(3) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 - 4 definierten Fachgruppen an, wobei es nicht notwendig ist, dass sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV: (3)**]** **[KBV/DKG/PatV:** (4)**]** Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach§ 10 **[KBV/DKG, PatV:** auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung**]** erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten **[KBV/DKG:** zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1**]** ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten **[PatV:** und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität**]** sind zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 **[GKV-SV:** Absatz 3**]** **[KBV/DKG/ PatV:** Absatz 4**]**	GKV-SV		
	KBV/DKG		
	PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV: (4)**] [KBV/DKG/PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für		
1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,	1. die Erstellung und Entwicklung, die Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,	
2. die unverzügliche **[GKV-SV, PatV:** Einleitung**] [KBV/DKG:** Anbahnung**]** einer ambulanten oder stationären Behandlung,		
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung **[GKV-SV:** .**] [KBV/DKG/PatV:** ,**]**		
	4. die Kooperation und Abstimmung mit dem oder der jeweils Beteiligten gemäß § 4 Absatz 3 sowie patientenindividuell nach § 4 Absatz 4, den weiteren jeweils beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 sowie mit einer nicht-ärztlichen koordinierenden Person gemäß § 11, sofern diese beteiligt ist,	4. ggf. die Koordination der Gesamtversorgung gemäß § 11 Absatz 2.
	5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.	

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 5 **[GKV-SV:** (4)**]** **[KBV/DKG/ PatV:** (5)**]**	*(z.B. Nummer 1)*	GKV-SV		
	(z.B. Nummer 2)	KBV/DKG		
	(z.B. Nummer 4)	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

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

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 11 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 1	GKV-SV		

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[GKV-SV: (2)**]** Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann **[GKV-SV:** nur**] [KBV/DKG/PatV:** unterstützend auch**]** durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden: 1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden, 2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,		

3. Medizinische Fachangestellte,
4. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
5. Pflegefachpersonen,
6. Psychologinnen und Psychologen,
7. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
8. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 **[GKV-SV/PatV:** Nummer 3 - 8**]** ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 6 Absatz 2		**KBV/DKG/ PatV**	**Der Vorschlag wird zum Teil befürwortet.** **„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann auch durch (…)“**	**Die Formulierung „unterstützend“ ist aus unserer Sicht überflüssig. Die Tätigkeiten in dieser Versorgungsform sind allgemein unterstützend für alle weiteren Beteiligten.**
§ 6 Absatz 2	**Nummer 1**	**GKV-SV**	**Leistungserbringer:innen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V.** **Alternativ: In § 6 Abs. 2, Ziffer 1 wird „Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene“ durch „zulassungsfähige Leistungserbringer:innen nach § 124 Absatz 1 SGB V“ ersetzt.**	**Nach „ 124 SGB V können nicht nur Logopäd:innen zugelassen werden, sondern ebenfalls Absolvent:innen mit einem akademischen Abschluss. Die Formulierung im Entwurf berücksichtigt dies nicht.** **Hier sind auch nicht zugelassene Leistungserbringer (Angestellte) zu berücksichtigen.**
§ 6 **[GKV-SV:** Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	**Nummer 9 (ergänzt)**	**GKV-SV/ KBV/DKG/ PatV**	**Nummer 9 neu: eine Leistungserbringende der Soziotherapie nach §37a SGB V**	**Siehe § 4 Absatz 2** **Im Falle von jungen Erwachsenen zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr findet die Zielsetzung der Soziotherapie Anwendung.**

§ 6 [GKV-SV: Absatz 2**] [KBV/DKG/ PatV:** einziger Absatz**]**	**Letzter Satz**	**GKV-SV/KBV/DKG/PatV**	**Die tragenden Gründe führen aus, dass weitere konkretisierende Vorgaben zur Ausgestaltung der Zusatzqualifikation nicht erfolgen, die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen vielmehr im Genehmigungsverfahren nach § 4 Absatz 5 erfolgt.**	**Im Bereich der Logopädie/Sprachtherapie gibt es keine speziellen Weiterbildungen, die mit einem einheitlichen Zertifikat abgeschlossen werden, so dass auch fachspezifische Fortbildungen die gemäß § 125 SGB V von Leistungserbringer:innen in der Logopädie/Sprachtherapie regelmäßig zu erbringen sind, im Rahmen der Genehmigungsverfahren anzuerkennen sind.** **Dies sollte in den tragenden Gründen klargestellt werden.**

* **Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 7 [GKV-SV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer] [KBV/DKG: Aufgaben und Organisation der Versorgung] [PatV: Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Kooperation und Koordination) und weitere Aufgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 5 gewährleisten in Zusammenarbeit mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 6 und unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere gemäß § 4 Absatz 1 und 2 die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung. Die Versorgung gemäß Satz 1 setzt auf den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 auf und wird für die Patientengruppe gemäß § 2 um interdisziplinäre, berufsübergreifende und koordinierende Leistungen gemäß Absatz 2 ergänzt.	(1) Die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.	(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 gewährleisten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die Zusammenarbeit mit den anderen an der Krankenbehandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2 und streben die Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung nach § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 11 Absatz 1 an (Kooperation). Um die Versorgung nach dieser Richtlinie zu steuern, bildet sich mit Erstellung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 ein patientenindividuelles Team aus an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 1 und je nach individuellem Bedarf der Patientin oder des Patienten weiteren Leistungserbringern gemäß Absatz 2 und Absatz 3 (adhoc-Team). Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut dokumentiert mit

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		dem adhoc-Team, welche Maßnahmen für die Patientin oder den Patienten eingeleitet werden und wer jeweils für die Einleitung die Verantwortung übernimmt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 1	GKV-SV		
§ 7 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher. Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem	(2) Folgende Aufgaben sind Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie: 1. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und sofern die Voraussetzungen nach § 2	(2) Die Koordination kann durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten übernommen werden. Sie oder er hat in diesem Fall die Leistungen nach § 11 Absatz 2 sicher zu stellen. Sie oder er kann die Koordination nach § 11 Absatz 2 auch an geeignete nichtärztliche Personen nach § 6 delegieren. Diese sind in die Versorgung einzubeziehen und nehmen

keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht. 1. Patientenaufnahme a. Mit der Patientenaufnahme durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten beginnt für die Patientin oder den Patienten die Versorgung gemäß dieser Richtlinie. Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigte sind umfassend über das Versorgungsangebot dieser Richtlinie in allgemeinverständlicher Sprache und insbesondere über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots zu informieren. Die Patientenaufnahme beinhaltet zudem die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin und des Patienten und seiner Sorgeberechtigten. b. In der Patientenaufnahme werden die ärztlichen und therapeutischen Vorbefunde im Sinne der psychischen Erkrankung mit Bezug auf § 2 zusammengetragen und besprochen.	erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9, 2. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, 3. die Erstellung und das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10, 4. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin, dabei sind andere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere folgende Aufgaben: a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes, b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,	regelmäßig an den Fallbesprechungen teil. Übernimmt ein Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 die Koordinationsaufgabe, so erfolgt dies im Rahmen der jeweils relevanten leistungsrechtlichen Grundlagen. Diese koordinierende Person sollte ebenso wie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut das Vertrauen der Familie, aber auch der anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben.

Zudem werden das weitere Vorgehen und die Inhalte der Versorgung erläutert. c. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Es 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 auf Basis der Informationen die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden. d. Die Patientenaufnahme ist der zuständigen Krankenkasse mit einem standardisierten Vordruckformular unverzüglich anzuzeigen. Das Formular beinhaltet die lebenslange Arztnummer, die nummerische Kennzeichnung der Versicherten und des Bezugsbehandelnden, den Behandlungsbeginn (sowie bei	c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. erforderlichenfalls der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, 5. patientenorientierte Fallbesprechungen unter bedarfsweiser Einbeziehung insbesondere der nach § 4 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 8 an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringer werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und	

Beendigung das Datum der Beendigung), Wechsel des Bezugsbehandelnden sowie die Diagnose. Das Formular ist auch bei Nummer 5b zu verwenden. 2. Koordination der Versorgung Die individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade der Patientin oder des Patienten sowie der Netzwerkarbeit wird durch die nichtärztliche Person nach § 6 mit den in § 11 definierten Aufgaben übernommen. 3. Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer des SGB V sind hierbei einzubeziehen; Leistungserbringer anderer Sozialgesetzbücher sollen bei Bedarf einbezogen werden.	darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Mitglieder des patientenindividuellen Teams gemäß § 4 Absatz 3 teil. 6. Die Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. wechselseitiger Austausch zur Therapieplanung und -Durchführung unter Berücksichtigung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderer Unterstützungssysteme, insbesondere Schule /Ausbildungsstätte ausgehend von einer stetigen Orientierung an Entwicklung und Fortschritten des Kindes und Jugendlichen und unter Einbezug der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sowie Teilnahme an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen und Fallbesprechungen der Kooperationspartner gemäß § 4 Absatz 5. 8. Die Ermöglichung von Teilhabe der Patienten und Patientinnen durch Planung und Koordination der dafür notwendigen Leistungen und	

4. Interdisziplinäre Fallbesprechungen Leistungserbringer gemäß §§ 5 und 6 sowie mindestens ein weiterer Leistungserbringer des SGB V oder eines anderen Sozialgesetzbuches haben für jede Patientin oder für jeden Patienten in regelmäßigen Abständen interdisziplinäre Fallbesprechungen durchzuführen. In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. 5. Verlaufskontrolle a. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 Absatz 1 zu überprüfen. b. Die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ist der zuständigen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.	Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen Kita/Schule/Arbeitsleben. Hierzu sollte möglichst an SGB-übergreifende Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellensysteme teilgenommen werden. 9. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringern gewährleistet werden. 10. Austausch mit Netzverbünden nach KSVPsych-RL für Erwachsene, sofern vorhanden, und anderen Ärzten und Psychotherapeuten der Erwachsenenversorgung zur Förderung der Transition.	

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer /Buchstabe	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 7 Absatz 2	**Nummer 4**	**GKV-SV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.** **„In der Regel sollte eine interdisziplinäre Fallbesprechung erstmals spätestens einen Monat nach der Patientenaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.“**	**Zwei Fallbesprechungen im Quartal sind eine realistische Größe für alle Beteiligten.**
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5 b.)*	GKV-SV		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 2)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2	*(z.B. Nummer 4 d.)*	KBV/DKG		
§ 7 Absatz 2		PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer und ggf. den Buchstaben an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(3) Folgende weitere Leistungen werden in Ergänzung der im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nach dieser Richtlinie erbracht: 1. die zeitnahe Durchführung einer Eingangssprechstunde nach § 8; 2. bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde (§ 9 Absatz 1); 3. die Entwicklung eines gemeinsamen therapeutischen Vorgehens im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 9 Absatz 2; 4. die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes nach § 10; 5. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder sonstigen geeigneten Orten (z. B. betreute Wohnform, Kita, Schule), sofern erforderlich;

		6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, sofern erforderlich.

Betreffende Passage	***Ggf. Nummer**	***Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3		GKV-SV		
§ 7 Absatz 3		KBV/DKG		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 2)*	PatV		
§ 7 Absatz 3	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die/den Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
	(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) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.	

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 7 Absatz 3	**KBV/DKG**		

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Alle Passagen des Beschlussentwurfes sind im Formular grau hinterlegt.

Bitte nutzen Sie die weiß hinterlegten Felder für Ihre Stellungnahme.

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
17.10.2023

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) *(weitgehend wie PatV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgen.		(1) *(weitgehend wie GKV-SV)* Für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in Behandlung bei einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 befinden, kann bei Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 unmittelbar eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 1	GKV-SV		
§ 8 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) *(wie PatV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.	(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung.	(2) *(wie GKV-SV)* Patientinnen und Patienten, die nicht gemäß Absatz 1 in Behandlung sind, benötigen zur Versorgung nach dieser Richtlinie eine Überweisung oder Empfehlung.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 2	GKV-SV / PatV		
§ 8 Absatz 1	KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.	(1) Fortsetzung) Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Einrichtungen oder Institutionen nach § 4 Absatz 5 Nummern 1-13 ausgesprochen werden.	(3) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle Leistungserbringer nach § 4.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 3	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Absatz 1 Fortsetzung	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 3	**PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Empfehlungen für die Versorgung eines/r Patient/in nach dieser Richtlinie sollte allen beteiligten Berufsgruppen möglich sein. So wird der Zugang zu der Versorgung auch tatsächlich bei vorliegendem Bedarf sichergestellt.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, PatV: (4)**] [KBV/DKG:** (2)**]** Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann [**KBV/DKG/PatV**: auch] im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären oder psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 **[GKV-SV/PatV**: Absatz 4**] [KBV/DKG:** Absatz 2**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(5) *(weitgehend wie PatV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 3 oder 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 5 Absatz 1 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.		(5) *(weitgehend wie GKV-SV)* Mit der Empfehlung oder Überweisung oder sonstigem begründeten Verdacht für das Vorliegen der Kriterien nach § 2 wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Leistungserbringer gemäß § 5 Absatz 1 4 Absatz 5. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach § 4, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 unmittelbar einen Termin zur Patientenaufnahme (Eingangssprechstunde) (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen). Bei der Wahl des Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 5 ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 5	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(6) *(weitgehend wie PatV)* 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 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	(3) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.	(6) *(weitgehend wie GKV-SV)* 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. Minderjährige sind nur dann einwilligungsfähig, wenn sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügen. Verfügt die Patientin oder der Patient nicht über diese Einsichtsfähigkeit, besteht die Verpflichtung, sich der Einwilligung der Sorgeberechtigten zu der Behandlung zu vergewissern. Auf Basis des Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
patientenbezogenen Informationen zwischen diesen. Es ist sicherzustellen, dass auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 3 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.		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 auf Basis der Informationen nach Satz 2 und 5 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 unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit einzuholen. Die Wünsche des Kindes oder des Jugendlichen werden berücksichtigt. Es gelten die

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 Absatz 6	GKV-SV		
§ 8 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 8 Absatz 6	PatV		

§ 9 Diagnostik und Behandlung der strukturierten Versorgung

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet.	(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, Nummer 1 - 6.
(1) Die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie basiert auf einem gestuften Versorgungsmodell; dieses besteht aus den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen und zusätzlich den Leistungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gemäß § 7 Absatz 2. Bei Patientinnen und Patienten gemäß § 8 Absatz 2 wird in den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostikleistungen das Vorliegen der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 2 geprüft.	(Fortsetzung (1)) Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.	(Fortsetzung (1)) Die kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung bilden die Grundlage des Gesamtbehandlungsplans. Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 -6 stellen hierfür insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung nach § 7 ausreichend und auch kurzfristige Termine zur Verfügung.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bei Erfüllung der Voraussetzungen werden zu den im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Behandlungsleistungen die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 eingesetzt. Im Falle einer Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 erfolgt damit eine Festlegung des die Patientenaufnahme durchführenden Leistungserbringers gemäß § 4 Absatz 1 als Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 1	GKV-SV		
§ 9 Absatz 1	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 1	**PatV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Formulierung ist verständlicher und klarer im Vergleich zu den anderen Vorschlägen.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe sowie den Bedürfnissen und dem Leidensdruck der Familie wird im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nach § 10 mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	PatV		

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 2	GKV-SV / KBV/DKG		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.		
[KBV/DKG: (3)**]** **[GKV-SV**: weiter zu (3)**]** Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 3	GKV-SV		
§ 9 Absatz 3	**GKV-SV / KBV/DKG**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Es wird ausdrücklich begrüßt, dass dem sozialen Umfeld weitere Hilfsangebote gemacht werden. Die Information der Bezugspersonen von schwer psychisch**

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
			Erkrankten ist aus unserer Sicht essentiell. Die erfolgreiche Behandlung der Patient:innen hängt nicht unwesentlich davon ab, dass das soziale Umfeld informiert ist und Unterstützung erhält.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen. Daher ist der Beginn im Rahmen der Patientenaufnahme gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 1 sowie das Ende der Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5b der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder	(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem patientenindividuellen Team nach § 4 Absatz 3 nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Der Ausschluss gemäß Satz 1 gilt gleichermaßen für eine parallele Behandlung von Patientinnen und Patienten nach der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und nach dieser Richtlinie.	(3) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 S. 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Bezugspsychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 9 Absatz 4	GKV-SV		
§ 9 Absatz 4	KBV/DKG		
§ 9 Absatz 3	PatV		

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde in Abstimmung mit dem Kind und dem Jugendlichen sowie der sorgeberechtigten Personen durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung nach dieser Richtlinie erstellt.	(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung **[PatV:** und bei Bedarf einer Fallbesprechung mit dem adhoc-Team gemäß § 7 Absatz 1**]** wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten **[PatV:** und bei Bedarf relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld**]** ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt.	
	Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie.	
Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des	

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen und die nichtärztliche koordinierende Person einzubeziehen.	jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 4 Absatz 3 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen.	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	**GKV-SV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Formulierung „Der Gesamtbehandlungsplan zielt darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen“ erfasst den Sinn dieser Versorgungsform und ist deshalb als Einleitung für den §10 sehr gut geeignet.** **„Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Vorbefunde (…)“ weist darauf hin, dass sich auch aus vorhergehenden therapeutischen Maßnahmen wertvolle Hinweise für den Behandlungsplan ergeben können.**
§ 10 Absatz 1	KBV/DKG		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 1	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigten Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 11 durchführt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ihren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erarbeitet und fortentwickelt.	(2) Der Gesamtbehandlungsplan enthält mindestens 1. die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Angaben zum Bedarf an Maßnahmen durch Leistungserbringer nach § 4 Absatz 2, 2. Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie, 3. die Dokumentation, wer von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3welche Leistungen (z. B. psychologische Hilfe, Jugendhilfe oder schulische Hilfen einleitet und jeweils Verantwortung dafür übernimmt),

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		4. Angaben zur Abklärung der Erforderlichkeit von weiteren Maßnahmen und Hilfen nach anderen Leistungsgesetzen, 5. die Dokumentation, wer aus dem ad-hoc Team die Verantwortung für die Koordination der Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen gemäß § 7 Absatz 2, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche übernimmt.

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2		GKV-SV		
§ 10 Absatz 2		KBV/DKG		
§ 10 Absatz 2	**komplett**	**PatV**	**Diesem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Version als Aufzählung der PatV ist insgesamt klarer und lesefreundlicher.**

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 2	*(z.B. Nummer 5)*	PatV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 10 Absatz 3	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[PatV:** gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 2**]** verbindlich. **[KBV/DKG:** Während der Behandlung		

werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst.**]** Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans **[GKV-SV/KBV/DKG:** ; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend**]**. **[PatV:** Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.**]** **[GKV-SV:** Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 5 Absatz 1 Satz 5 Änderungen eingetreten sind.**]**

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 10 Absatz 4	GKV-SV		
§ 10 Absatz 4	**KBV/DKG**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.** **„Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Versorgungsteam regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst“**	**Der Einbezug der Betroffenen ist unabdingbar für eine gelingende Umsetzung des Behandlungsplans.**
§ 10 Absatz 4	**PatV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.** **„Die Patientin oder der Patient und bei Bedarf relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind in die Anpassung einzubeziehen.“**	**Die erfolgreiche Behandlung der Patient:innen hängt nicht unwesentlich davon ab, dass das soziale Umfeld informiert ist und die Patient:innen unterstützt.**

§ 11 [GKV-SV: Individuelle Fallbegleitung und Koordination der individuellen Behandlungspfade] [KBV/DKG: Koordination der Versorgung] [PatV: Leistungen der Kooperation und Koordination]

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie zur Förderung und Unterstützung der Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen erfolgt eine individuelle sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifende Fallbegleitung durch eine koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 (Koordination). Die individuelle Fallbegleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe einer stabilen Beziehung zwischen Kind oder Jugendlichen und der koordinierenden nichtärztlichen Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen und bei verschiedenen Orten der Leistungserbringung und einer Vielzahl von beteiligten Personen eine koordinierende Erbringung von Hilfen für das Kind oder den Jugendlichen herbeizuführen. Dabei 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.	(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann sich bei der Durchführung der Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 von einer nicht-ärztlichen Person gemäß § 6 unterstützen lassen.	(1) Kooperation nach § 7 Absatz 1umfasst für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 und Absatz 2: 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, 2. je nach Komplexität der Behandlung und je nach Umfang und Anzahl der behandelnden Personen die persönliche Teilnahme an den Fallbesprechungen, einschließlich solcher von im Rahmen des adhoc-Team zu berücksichtigenden Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 3 sowie 3. die kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		und Therapeuten (u. A. in Form von patientenindividuellen Fallbesprechungen) und – soweit erforderlich – deren konsiliarische Beratung, insbesondere regelmäßige Abstimmung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 1	**GKV-SV**	**GKV-SV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Beschreibung der koordinativen Aufgaben ist zutreffend.**
§ 11 Absatz 1	KBV/DKG			
§ 11 Absatz 1	**PatV**		**Dieser Vorschlag wird abgelehnt.**	**Dieser Absatz ist aus unserer Sicht eine Doppelung mit den Beschreibungen in § 7.**

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Im Rahmen der Koordination hält die koordinierende nichtärztliche Person nach § 6 Absatz 2 die Umsetzung des		(2) Übernimmt eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder ein

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Erforderlichenfalls erfolgt durch die nichtärztliche koordinierende Person wöchentlich ein telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue. (3) Die koordinierende nichtärztliche Person ist zuständig für die Terminorganisation und Koordination mit den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie dem Sorgeberechtigten und dem Kind oder Jugendlichen. (4) Die Koordination beinhaltet auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den		Bezugspsychotherapeut nach § 7 Absatz 2 die Verantwortung für die Koordination der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen, deren zeitliche Abläufe und Einberufung der Verlaufsgespräche, umfasst die Koordination nach § 7 Absatz 2 1. die Abstimmung über die Verantwortlichkeiten für einzelne Leistungen und Hilfen zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach § 4, 2. die Koordination der für die Behandlung, Teilhabe und Transition der Patientin oder des Patienten notwendigen Leistungserbringer nach § 4, 3. die Organisation regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Leistungserbringer nach § 4, 4. Hilfestellung bei der Anbahnung von Terminen für die Patientin oder den Patienten bei an der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 auf Basis des Gesamtbehandlungsplans, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist,

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie eine Einbindung von für die Behandlung nach dieser Richtlinie relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen und sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. (5) Zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität und der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen insbesondere im Übergang von ambulanter und stationäre Versorgung kann die nichtärztliche koordinierende Person das Kind oder den Jugendlichen in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufsuchen, Gespräche im Lebensumfeld führen und damit auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbeziehen. (6) Die koordinierende nichtärztliche Person erarbeitet mit dem Kind oder Jugendlichen oder den Sorgeberechtigten ein individuelles Rückmeldesystem.		5. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und das Hinwirken auf Termintreue, 6. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, 7. Kontaktaufnahme und Austausch mit der Patientin oder den Patienten oder deren Sorgeberechtigten für die Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(7) Die koordinierende nichtärztliche Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen und nimmt an diesen teil.		

Betreffende Passage	*Ggf. Nummer	*Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 11 Absatz 2		GKV-SV		
§ 11 Absatz 2	**komplett**	**PatV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Aufzählung ist übersichtlich und lesefreundlicher als die anderen Vorschläge.**
§ 11 Absatz 2	*(z.B. Nr 6)*	PatV		
(z.B. § 11 Absatz 4)		GKV-SV		
(z.B. § 11 Absatz 7)		GKV-SV		

***Bitte geben Sie ggf. die Nummer an, auf die Sie sich beziehen und fügen Sie bei Bedarf weitere Zeilen ein.**

§ 12 Telemedizin

GKV-SV	KBV / DKG / PatV
Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten wie Telekonsile, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, telefonische Beratungen können ergänzend eingesetzt werden, um **[PatV:** sowohl**]** die Versorgung **[PatV:** der Patientin oder des Patienten**]** nach dieser Richtlinie **[KBV/DKG:** und**]** **[PatV:** als auch**]** die Kommunikation unter den nach § 4 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie deren Kooperationspartnern insbesondere der Jugendhilfe und weiteren Partnern der Zusammenarbeit sowie mit den Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 12	GKV-SV		
§ 12	**KBV/DKG/ PatV**	**Dem Vorschlag wird zugestimmt.**	**Die Beschreibung ist umfassender als der Vorschlag des GKV-SV. Die Hinweise auf die Leistungserbringenden helfen diesen beim Verständnis dieses Kapitels.**

§ 13 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		(2) Bei Versorgung nach dieser Richtlinie kann zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität und einer ausreichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine gleichzeitige Behandlung in einer

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
		psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V ermöglicht werden.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV / KBV/DKG): (2)**] [PatV:** (3)**]** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten.		
Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.	Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert und bietet **[PatV:** zeitnah**] [KBV/DKG:** möglichst innerhalb von 10 Werktagen**]** nach der Entlassung einen Termin zur Weiterbehandlung an. **[PatV:** Sofern die Koordination der Versorgung nicht durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erfolgt, ist auch die koordinierende Person über das voraussichtliche Datum der Entlassung zu informieren.**]**	

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 3	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(3) (*weitgehend wie PatV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der	(3) Stellt das Krankenhaus einen möglichen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin nach § 4 Absatz 7 auf, und übermittelt diesem das Ergebnis der Bedarfsprüfung. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde möglichst innerhalb von 10 Werktagen.	(4) (*weitgehend wie GKV-SV*) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer altersentsprechend zumutbar erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie, nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 5 auf, der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Patientenaufnahme. Der

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 5 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.		Termin soll spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten und nimmt bei entsprechender Einwilligung frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die weitere Versorgung anzubahnen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 3	GKV-SV		
§ 13 Absatz 3	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 4	PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: (4)**] [PatV:** (5)**]** Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des		

Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 4**] [PatV:** Absatz 5**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	**KBV / DKG**	**PatV**
[GKV-SV, KBV/DKG: (5)**] [PatV:** (6)**]** Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten gemäß **[GKV-SV:** § 4 Absatz 8**] [KBV/DKG:** § 4 Absatz 7**] [PatV:** § 4 Absatz 5**]** Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.		

Betreffende Passage	**Position von**	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
§ 13 **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**]** **[PatV:** Absatz 6**]**	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

§ 14 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 1	GKV-SV / KBV/DKG / PatV		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie **[GKV-SV:** ist halbjährlich**] [KBV/DKG, PatV:** ist regelmäßig unter Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs**]** durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten **[GKV-SV:** nach § 5 Absatz 1**]** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.		

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
[GKV-SV, KBV/DKG: weiter zu (2)**] [PatV:** (3)**]** Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 13 Absatz 2	GKV-SV		
§ 13 Absatz 2	KBV/DKG		
§ 13 Absatz 2 und 3	PatV		

C. Evaluation

§ 15 Evaluation

GKV-SV	KBV / DKG	PatV
(*weitgehend wie PatV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.	Der G-BA evaluiert in einem angemessenen Umfang die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, insbesondere inwieweit die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor.	(*weitgehend wie GKV-SV*) Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Funktionalität der Vorgaben dieser Richtlinie hinsichtlich der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	GKV-SV		

Betreffende Passage	Position von	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 15	KBV/DKG		
§ 15	PatV		

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 28.11.2023 statt.		
Teilnahmeoptionen	**Einladung**	**Ihre Rückmeldung zur Teilnahme**
Wir nehmen teil.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	**Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein**
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	**Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.**	**Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein**

VAKJP

Vereinigung für analytische und
tiefenpsychologisch fundierte
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
in Deutschland e.V. gegr. 1953

VAKJP e.V. · Helmholtzstr. 13 / 14 · D - *10587* Berlin

vorab per Mail
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr.13
10587 Berlin

Vorsitzende
Bettina Meisel
Dorfstr. 26
40667 Meerbusch
Telefon 0 21 32 / 35 22
Telefax 0 21 32 / 13 83 18
Meisel@VAKJP.de

Stellvertretender Vorsitzender
Bernhard Moors
Venloer Str. 37
41751 Viersen
Telefon 0 21 62 / 94 96 96
Moors@vakjp.de

Stellvertretende Vorsitzende
Anette Müller
Lanzstr. 12
65193 Wiesbaden
Telefon 06 11 / 168 600 70
anette.mueller@vakjp.de

Bundesgeschäftsstelle
Helmholtzstr. 13 / 14
10587 Berlin
Telefon 0 30 / 39 88 14 14
Telefax 0 30 / 39 88 14 16
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten
Montag - Freitag
9.00 - 13.00 Uhr

Bankverbindung
Postbank Karlsruhe
IBAN DE85660100750022027758
BIC PBNKDEFF

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	07.11.2023	

Stellungnahme der Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie e.V. (VAKJP) zur Erstfassung der RL gem. § 92 Abs. 6b SGB V für Kinder und Jugendliche

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, Stellung zur Erstfassung der Richtlinie gemäß § 92 Abs. 6b SGB für Kinder und Jugendliche nehmen zu können.

Da wir die Unterlagen leider erst am 2. November 2023 erhalten haben, fassen wir uns kurz:

Die VAKJP befürwortet eine möglichst bürokratiearme Richtlinie, die sich mit möglichst flexiblen Regelungen an dem Patient:innenwohl und an den Notwendigkeiten des jeweils individuellen Falls orientieren. Gleichzeitig muss die Richtlinie auch die Gegebenheiten der Versorgungsmöglichkeiten berücksichtigen, sowie die Möglichkeit, weitere Institutionen außerhalb des SGB-V miteinzubeziehen.

Dies scheint am ehesten im Entwurf von KBV/DKG verwirklicht.

Wir unterstützen den Vorschlag von KBV/DKG, dass bei Verdacht auf Vorliegen der Bedingungen eine Empfehlung sowohl durch Ärzt:innen als auch Psychotherapeut:innen ausgesprochen werden kann und keine initiale Überweisung nötig ist, solange Psychotherapeut:innen noch keine Überweisungsbefugnis haben.

Gerade in schweren Fällen gibt es in der Regel schon einen Vorlauf mit Unterlagen z.B. beim Jugendamt und diagnostischen Voruntersuchungen, auf denen aufgebaut werden kann, so dass eine obligatorische Eingangsdiagnostik bei einem/r Kinder-

und Jugendlichenpsychiater:in entbehrlich ist. Abgesehen davon ist die Versorgungslage nicht ausreichend flächendeckend, um eine solche Bedingung zu gewährleisten.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass für die RiLi ein Netz von nur 2 Fachärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen ausreichen kann und dass anders als in der RL §92 für Erwachsene kein voller Sitz Voraussetzung für eine Fallführung ist. Ggf. könnte bei der Teilnahme von halben Sitzen noch die Hinterlegung von Erreichbarkeiten Bedingung sein.

Die vom GKV-Spitzenverband geforderte Bedingung, eine nicht-ärztliche Person zur Koordinierung (§4, Abs 5) einzubeziehen, lehnen wir ab! Dies ist eine unnötige Hürde. Optional sollte das selbstverständlich möglich sein.

Ausdrücklich unterstützen möchten wir den Vorschlag von KBV/DSG nach Forderung nach Kenntnissen und Beachtung von Prä- und Intervision bei (sexueller) Gewalt §7 (Abs 3) und die besondere Beachtung von Schutzkonzepten. Nachgewiesenermaßen korrelieren Traumata in Kindheit und Jugend mit schweren psychischen Erkrankungen.

Sehr konstruktiv ist die Lösung in §13: Dass es möglich sein soll, bereits während eines Krankenhausaufenthaltes probatorische Sitzungen in der vertragsärztlichen Praxis und/oder dem Krankenhaus durchzuführen.

Wir wünschen uns im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen eine konstruktive Einigung.

Mit freundlichen Grüßen

Bettina Meisel Bernhard Moors Anette Müller

(Vorstand der Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie e.V.)

Wortprotokoll

Gemeinsamer Bundesausschuss

einer Anhörung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych Richtlinie)

Vom 28. November 2023

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	12:45 Uhr
Ende:	15:05 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):
Frau Metge
Herr Harfst

Berufsverband für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BKJPP):
Frau Brauer

Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e. V. (bkj):
Frau Dr. Brock-Harder

Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB):
Herr Dr. Krebs
Frau Navarro Ureña

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG KJPP):
Frau Dr. Klein

Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS):
Herr Kunert
Herr Bürk

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP):
Herr Schliewenz
Frau Prof. Dr. Posten

Spitzenverband ZNS (SpiZ):
Herr Dr. Gehring

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DV Gemeindepsychiatrie):
Herr Greve

Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV):
Herr Borchers

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM):
Herr Dr. Hartkamp
Herr Dr. Nolting

Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e. V. (VPKD):
Herr Klitzsch
Frau Dr. Sauer

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG):
Frau Cosanne

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (BVVP):
Frau Satorius

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD):
Herr Günther

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP):
Herr Prof. Dr. Romanos
Herr Prof. Dr. Kölch

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):
Herr Schotte

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP):
Frau Dr. Andrino

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V (BED):
Frau Heizmann

Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP):
Frau Müller
Herr Brentano

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V.: (DGVT-BV).
Herr Burgdorf
Herr Dr. Beck

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ):
Herr Prof. Dr. Mall

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF):
Frau Ortmann
Herr Baumann

Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland e. V. (VAKJP):
Frau Meisel

Beginn der Anhörung: 12:45 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herzlich willkommen! Mein Name ist Monika Lelgemann, ich bin die Vorsitzende dieses Unterausschusses Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (PPV). Herzlich willkommen in unserer Anhörung zu unserer Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf - unsere KSV-Psych-Richtlinie jetzt auch für Kinder und Jugendliche.

Zunächst mein herzlicher Dank für Ihre schriftlichen Stellungnahmen. Ich kann den Gesellschaften, Fachgesellschaften und Organisationen, die sich beschwert haben, mitteilen, dass wir Ihre Beschwerde wahrgenommen über die dissenten Beschlussunterlagen haben. Dennoch – oder gerade deswegen – unser herzlicher Dank für die ausführlichen Stellungnahmen. Auch der Dank dafür, dass Sie sich heute zur mündlichen Anhörung zugeschaltet haben.

Einige organisatorische Vorbemerkungen: Wir erzeugen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung und ein Wortprotokoll, das dann Bestandteil der zentralen Dokumentation sein und in diesem Rahmen auch veröffentlicht wird.

Wir sind heute sehr viele, sodass ich Sie bitte, die drei Minuten Redezeit einzuhalten. Diese gelten nicht pro Person, sondern pro Organisation, da Sie größtenteils mit zwei Vertretern angemeldet sind, ich bitte da um Verständnis, ansonsten bleibt keine Zeit mehr, Fragen an Sie zu richten und uns auszutauschen.

Damit all das machbar bleibt, habe ich Ihre Organisationen gebündelt. Es werden immer 5 bis 6 Organisationen die Möglichkeit für ein kurzes Eingangsstatement erhalten, dann erhalten die Mitglieder des Unterausschusses die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und dann geht es in die nächste Runde.

Wenn Sie sich zu Wort melden wollen, dann bitte im Chat ein kleines Kreuz setzen. Wenn Sie weitere Wortbeiträge haben, wird es dafür immer die Möglichkeit geben.

Dann beginnen wir mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Herr Professor Kölch.

Herr Prof. Kölch (DGKJP): Also generell ist erfreulich, dass man merkt, dass aus den ersten Anhörungen das Bemühen, gerade für Schwerstkranke eine komplexe Versorgung herzustellen, im Entwurf merkbar ist. Gleichzeitig muss man sagen: Er ist doch oft extrem kleinteilig und versucht, sehr vieles zu regeln, was wahrscheinlich, theoretisch – vermutet wird, dass man es so regeln kann – in der Praxis aber eher schwierig werden könnte, bis hin zu einzelnen Tagen und Ähnlichem, was sich da findet.

Was wir als hochproblematisch sehen, ist der Vorschlag seitens GKV-SV, hinsichtlich eines Case-Managements, das nicht durch eine approbierte Fachärztin oder nicht durch approbierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zu leisten. Das ist für uns ein No-Go und eine wirkliche Verschlechterung in der Versorgung, weil es eine neue Schnittstelle bringt. Wir haben immer gesagt, dass es für diese schwerst erkrankten Kinder die fachärztliche, fachpsychotherapeutische Expertise, auch die Indikationsstellung braucht, was überhaupt nicht berücksichtigt ist. Es gilt das Bezugstherapeutensystem und da geht's um die Koordination durch diese Expertise.

Der zweite essenzielle Punkt: Ohne PIA, ohne Krankenhaus wird es nicht funktionieren, die Vorschläge, Einzelpersonen einzuschreiben, wird nicht funktionieren, also wie die Versorgung

gerade für diese Patienten, wo das Wissen funktioniert, wenn das Krankenhaus nicht Bestandteil ist, zumindest die PIA.

Vorletzter Punkt: Intelligenzgeminderte auszuschließen halten wir für diskriminierend und schlechterdings nicht durchsetzbar, das Gleiche gilt für den Altersbereich 0 bis 3.

Was auch noch fehlt, ist die wirkliche Leistungserbringung sektorübergreifend, also umgekehrt: Wie können Niedergelassene im Krankenhaus bei einer Krisenbehandlung Leistungen erbringen oder Ähnliches. Wie gesagt: Es geht immer um die schwerst Erkrankten. Es geht nicht um eine Leistungsausweitung, sondern darum, Ausschlüsse da wegzubringen, wo sie bisher für diese Gruppe hinderlich sind. – Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Bevor ich weitergebe, noch eine Bemerkung: Es haben viele von Ihnen den Regelungsbedarf in der Kooperation mit anderen Bereichen des Sozialgesetzbuches angesprochen. Ich will nur sagen: Wir können keine Regelungen für andere als das SGB V treffen, auch wenn wir das in Teilen gern würden, aber das ist schlichtweg nicht im Rahmen unserer Möglichkeiten.

Jetzt machen wir weiter mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, Herr Dr. Hartkamp.

Herr Dr. Hartkamp (DGPM): Sehr geehrte Damen und Herren! Die DGPM bedankt sich für die Möglichkeit, in der heutigen Anhörung Stellung nehmen zu können. Eine solche Richtlinie, wie sie geplant ist, kann aus unserer Sicht ein wertvoller Beitrag dafür sein, dass die große Zahl komplex kranker Kinder und Jugendlicher eine wirksame Hilfe bekommt.

Die DGPM befürwortet den Verzicht auf eine Altersgrenze nach unten von drei Jahren, da krankheitswertige Störungen bereits vorher auftreten können, vor allem die Bindungsstörungen, die schwerwiegende Folgen nach sich ziehen, wenn nicht frühzeitig eingegriffen wird.

Bezüglich der Teilnahmeberechtigten erscheint es uns sehr wichtig, die Forderung einer mindestens zweijährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Fachärzte, für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ersatzlos zu streichen, und zwar deswegen, weil bereits die Berufsgruppe der Ärzte und Psychotherapeuten eine fachliche Befähigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung nachweisen muss. Und Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind auch ärztliche Psychotherapeuten. Insofern wäre das eine nicht vermittelbare Doppelregelung. Also einerseits sollen sie der Psychotherapie-Vereinbarung folgen, qualifiziert werden, andererseits aber noch zwei Jahre zusätzlich sich befähigen lassen. Das ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Es wäre auch eine Benachteiligung gegenüber den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Wir begrüßen, wenn die Kooperationsverträge durch die KVen geprüft werden. Und wir sind auch der Auffassung, dass Bezugsärzte dann vor allem ärztlich aktiv sein müssen, wenn es dort eine erhebliche somatische Morbidität oder Komorbidität gibt.

Wir glauben, dass eine Frist bei der sektorenübergreifenden Versorgung von 10 Tagen realistischer ist als eine Frist von 7 Tagen. Wir glauben, dass das nicht realistisch einzuhalten ist. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herzlichen Dank. – Dann gebe ich weiter an die Bundespsychotherapeutenkammer, Frau Metge.

Frau Metge (BPtK): Vielen Dank für die Möglichkeit der ergänzenden Stellungnahme. Wir begrüßen außerordentlich, dass nun die Rahmenbedingungen für die ambulante Komplexversorgung bei Kindern und Jugendlichen geschaffen werden sollen. Wir sehen das

als eine große Chance, die besonders Bedürftigen besser in der Versorgung ankommen zu lassen.

Unser Fokus liegt insbesondere darauf, dass der Nukleus der Komplexbehandlung aus unserer Sicht tatsächlich aus dem patientenindividuellen Team, aus Kinder- und Jugendlichenpsychiater:innenn und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht, die auch dann die zentralen Behandlungsoptionen für diese Patientengruppe selbst anbieten und die ergänzenden Leistungen an der vertragsärztlichen Versorgung veranlassen können. Die patientenbezogene systematische Kooperation dieser beiden Berufsgruppen kann die Basis für die qualitativ hochwertige Versorgung schaffen und dann bedarfsorientiert weitere Behandlungsmaßnahmen und Unterstützungsleistungen integrieren.

Dabei ist es uns wichtig, dass die Fehler und Hürden aus der Erwachsenenrichtlinie nicht wiederholt, also vermieden werden. Es soll keine komplexen Netzverbundstrukturen als Voraussetzung geben, keine formalisierten Kooperationsverträge von Verbünden mit Krankenhäusern, keine verpflichtende Anstellung von bestimmten Gesundheitsberufen oder obligatorische Delegationen von Koordinationsleistungen an häufig gar nicht vorhandene Leistungserbringer. Es soll die Verantwortung für die Koordination und Kooperation bei den Bezugsärzten beziehungsweise Bezugspsychotherapeuten verbleiben, und es soll kein Ausschluss von Leistungserbringern mit reduziertem Versorgungsauftrag geben, das können wir uns schlichtweg insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen nicht leisten. Das wäre uns wichtig. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Metge. – Dann übergebe ich an die Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik, Herr Kunert.

Herr Kunert (DGPPS): Das ist ein wertvoller Beitrag für die komplexe Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Behandlungsbedarf. Es gibt drei wichtige Punkte.

Erstens, das Case-Management-System halten wir für problematisch. Die Hauptverantwortung sollte bei den Psychotherapeuten und den Ärzten, die fallverantwortlich sind, bleiben.

Zweitens: Wir haben vermisst, dass die Kinderärzte und die Kinderkliniken, vor allen Dingen die Kinderkliniken mit psychosomatischen Abteilungen, gar nicht vorkommen. Dort werden mittlerweile sehr viele Kinder und Jugendliche behandelt, das müsste dringend aufgenommen werden.

Drittens: Es wird immer wieder von Patienten gesprochen. Kinder und Jugendliche leben ja in Familien. Das müsste aus unserer Sicht auch dringend angepasst werden. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Herr Professor Mall.

Herr Prof. Mall (DGSPJ): Wir haben unsere Stellungnahme ja in Ergänzung der Stellungnahme der Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik verfasst. Deswegen schließe ich mich den Worten von Herrn Kunert hier uneingeschränkt an.

Auch wir sind der Meinung, dass die 0- bis 3-Jährigen genauso wie die Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in dieser Stellungnahme des G-BAs enthalten sein sollten; umso dringender dann aber eben auch die Mitberücksichtigung der Kinder- und Jugendmediziner und der dazugehörigen Strukturen. Wir haben hier die sozialpädiatrischen Zentren und die sozialpädiatrischen Fachkliniken ergänzt.

Zur Begründung: Die 0- bis 3-Jährigen profitieren von dieser spezifischen kinder- und jugendärztlichen Expertise. Damit ist kein Alleinvertretungsanspruch für diese Patientengruppe gemeint, aber es gibt eine wichtige fachliche Spezifität an dieser Stelle, die verloren gehen würde. Das Gleiche gilt für die Kinder und Jugendlichen mit

Intelligenzminderung. Hier ist eine pädiatrische Expertise, eine besonders vertiefte ideologische Abklärung vorzunehmen, und dann sind Dinge wie Precision Therapy et cetera, sofern möglich, einzuleiten. Also auch an dieser Stelle profitieren die Patienten von dieser Expertise explizit. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Professor Mall. – Das wären die ersten fünf stellungnahmeberechtigten Organisationen. Meine Frage an die Mitglieder des Unterausschusses: Haben Sie Fragen? – Bitte, Patientenvertretung.

PatV: Herr Kölch, Sie haben betont, wie wichtig es ist, dass die PIAs in die Sammlung der Beteiligten aufgenommen werden. Ich habe Ihrer Stellungnahme entnommen, dass, wie das die Patientenvertretung auch sieht, in bestimmten Fällen – vielleicht könnten Sie da Beispiele nennen – gleichzeitig stationäre, also PIA-Leistungen, und ambulante Leistungen möglich sein müssten, wenn zum Beispiel in ländlichen Gebieten großräumig keine Kinder- und Jugendpsychiater verfügbar sind, aber eine ambulante Psychotherapie schon läuft und die PIA drin ist. Könnten Sie dazu Stellung nehmen?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herr Professor Kölch.

Herr Prof. Romanos (DGKJP): Wenn Herr Kölch gerade nicht sprechen kann, kann ich gern darauf eingehen als Vertretung, wenn das in Ordnung wäre.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Das ist vollkommen in Ordnung. Bitte, Sie haben das Wort.

Herr Prof. Romanos (DGKJP): Der Leistungsausschluss zwischen den beiden Bereichen ist tatsächlich ein Problem für die Versorgung von komplexen Patienten und verschiedenen Konstellationen. Wir sehen, dass gerade hier die Brücke zwischen den Sektoren unzureichend geschlossen ist und wir gerade in schlecht versorgten Gebieten Defizite haben, auf die auf diese Art und Weise begegnet werden könnte. Insofern haben Sie das, glaube ich, richtig rezipiert aus unserer Stellungnahme. Das betrifft die Frage: Wie kann die Gesamtversorgung geleistet werden? – Wir brauchen in einem Gesamtkonzept verschiedene Behandlungsintensitäten. Die KSV-Konzeption und die PIA werden benachbart sein und wir brauchen hier die Verschränkung und den Austausch. Insofern sehen wir da einen ganz wesentlichen Regelungsbedarf und Möglichkeiten, hier wechselseitig Leistungen in den unterschiedlichen Systemen vorzuhalten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Das ist nicht der Fall. Dann machen wir weiter, und zwar mit der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie, Frau Müller.

Frau Müller (DGAP): Auch wir begrüßen sehr, dass diese Richtlinie jetzt in Gang gekommen ist und dass vieles, was in der Richtlinie für Erwachsene vielleicht noch nicht so günstig geregelt ist, jetzt vermieden wird, insbesondere dass es reicht, einen Verband zwischen einem Arzt und einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu haben, das erleben wir als etwas ganz Zentrales. Wir finden es sehr wichtig, gerade im Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutenbereich, dass die halben Sitze berücksichtigt werden können.

Was wir schwierig finden, ist der Einbezug von Kinder- und Jugendlichenpsychiatern und einer obligatorischen Eingangsdiagnostik, weil wir sehen, dass es viele Gebiete gibt, in denen die Versorgungslage sehr schwierig wäre.

Für uns ist auch sehr wichtig und sehr konstruktiv, dass geregelt ist, dass man aus Krankenhausaufenthalten probatorische Sitzungen in einer ärztlichen oder kinderpsychotherapeutischen Praxis durchführen kann.

Für uns ist sehr wichtig, auch die 0- bis 3-Jährigen einzubeziehen. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben da sicher auch eine besondere Expertise und das würde sicher verloren gehen, wenn man diese Richtlinie erst ab dem 4. Lebensjahr startet.

Wichtig scheint auch, dass man den Einbezug der Familien mitdenkt, wobei wir als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten davon ausgehen, dass der immer in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mitgedacht ist. Aber vielleicht wäre es gut, das an anderer Stelle noch mal zu betonen. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V., Frau Ortmann.

Frau Ortmann (DGSF): Vielen Dank für die Einladung. Wir haben natürlich den Familienorientierungsblick sehr auf diese Richtlinie gelegt und auch ein bisschen vermisst. Wir würden den noch mal betonen und stärken wollen, weil die Richtlinie als SGB-übergreifende und familienorientierte Gemeinschaftsleistung gesehen werden muss für den nachhaltigen und gelingenden Behandlungserfolg. Dadurch werden sowohl Kinder, Eltern als auch relevante Bezugspersonen, alle Akteure, als zentrale Wirkfaktoren für einen nachhaltigen Behandlungserfolg in den Blick genommen, sodass sich das auch widerspiegelt im Behandlungsplan durch einen dauerhaften Einbezug relevanter Bezugspersonen und begleitende Behandlungsangebote, die andere Familienmitglieder in Anspruch nehmen, diese auch im gesamten Behandlungsplan aufeinander abgestimmt werden sowie Hilfsangebote und Leistungen für eventuelle Geschwisterkinder und Doppelstrukturen, um auch höhere Belastungen für Familien zu vermeiden.

Die komplementär bedarfsgerechten Leistungen, die andere Familienmitglieder in Anspruch nehmen, müssen dort untereinander und auch an den Schnittstellen aufeinander abgestimmt und in Bezug gebracht werden, das vermissen wir in der Richtlinie an manchen Stellen, dass das möglich ist.

Gibt es in der Familie zwei Index-Patienten, müsste hier noch einmal deutlich gemacht – beziehungsweise die Angebote flächendeckend ausgebreitet – werden, dass auch im Mehrpersonensetting behandelt werden darf und sowohl Geschwisterkinder als auch Eltern und Eltern-Kind-Angebote ausgebreitet werden. Das sind unsere wichtigsten Punkte.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Ortmann. – Dann gebe ich weiter an die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung, Herr Borchers.

Herr Borchers (DPtV): Herzlichen Dank. Wir möchten vorab etwas ganz Allgemeines in den Raum stellen: Also man muss hier ja sehr die derzeitige Versorgungssituation beachten, die wir gegenüber Kindern und jugendlichen Patienten haben. Wir haben volle Praxen, wir haben aufs Bundesgebiet betrachtet bedarfsplanerisch sehr wenige Kinder- und Jugendpsychiater, das heißt, wir haben regional ein dünnes Netz. Insofern ist zu begrüßen, dass keine großen Netzverbünde hier verpflichtend sein sollen, wie sie bei der Erwachsenen-Richtlinie vorgesehen sind. Das ist unbedingt zu beachten, gerade die vollen Praxen, denn ansonsten glauben wir, dass sich kein Praxisinhaber und keine Praxisgemeinschaft dafür interessieren wird, also bei eigener ausgelasteter Praxis, sich an dieser Richtlinie zu beteiligen.

Zu den einzelnen Punkten: Wir können nicht nachvollziehen, dass halbe Versorgungsaufträge gewisse Aufgaben nicht übernehmen sollen dürfen, wir würden das gern entfallen sehen, denn hinter halben Versorgungsaufträgen verbergen sich oft auch Praxengemeinschaften, die gelegentlich besser aufgestellt sind als manche Einzelpraxis. Die Qualifikation und die Fähigkeit eines Praxisinhabers mit halbem Versorgungsauftrag unterscheiden sich ja in keiner Weise von der eines Inhabers mit einem vollen Versorgungsauftrag.

Wichtig ist uns auch die Transition. In dem Entwurf wird ja betont, dass das bei älteren Patienten dann frühzeitig vorbereitet werden und bereits im Gesamtbehandlungsplan

festgelegt werden soll. Das sehen wir dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung entgegengesetzt und würden das gern anders formuliert haben. Denn gerade bei schwer psychisch Kranken ist die Behandlerkontinuität zu gewährleisten, die wir übrigens bei den psychiatrischen Institutsambulanzen nicht gewährleistet sehen. Deswegen würden wir die gern auch nicht berücksichtigt sehen.

Für die Altersgrenze ab 3 gibt es keinen wissenschaftlichen Hintergrund, die würden wir streichen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an den Spitzenverband, Herr Dr. Gehring.

Herr Dr. Gehring (SpiZ): Vielen Dank. Ich bin Vorsitzender des BVDN und spreche jetzt für den Spitzenverband ZNS. Auch wir begrüßen ausdrücklich, dass es zur Einführung der KSV-Psych-Richtlinie auch für Kinder und Jugendliche kommt, wir hatten ja Gelegenheit, das bei erwachsenen schwer psychisch Erkrankten schon zu üben.

Es klang bereits an: Man muss nicht alle Fehler wiederholen. Man muss nicht erst ein Netzwerk bauen und dann versorgen und nicht ein Netzwerk nur der Netzwerkstruktur wegen bilden. Da ist sicherlich das zentrale Element der Kooperation zwischen Arzt und Psychotherapeut, ggf. unterstützt durch einen Sozialpädagogen, das wären die Kernmerkmale.

Zweitens: Es wäre unglücklich – das zentrale Element ist ja die Koordination und die Steuerung –, wenn da jetzt noch eine zusätzliche nichtärztliche Stelle oder nichttherapeutische Stelle eingebunden oder gefordert würde. Dieses Steuerungselement gehört in therapeutische Hand, es braucht keinen nichtärztlichen Case-Manager.

Drittens: Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Teilnahme an dieser Versorgung an den Versorgungsauftrag geknüpft sein soll. Wir spülen keine zusätzlichen Patienten ins System. Wir reden über bereits schwer Betroffene und versorgungsbedürftige Patienten, die jetzt eben nur besser versorgt werden sollen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Gehring. – Dann gebe ich weiter an die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe, Herr Beck.

Herr Dr. Beck (DGVT-BV): Auch wir begrüßen diese Richtlinien ausdrücklich, insbesondere die Formulierung der Zusammenarbeit über mehrere Gesetzbücher und die partizipative Ausgestaltung dieser Richtlinien.

Einige Punkte würden wir gern nachschärfen, das ist einmal das Alterskriterium ab dem 3. Lebensjahr. Was bisher noch nicht benannt worden war als Kriterium, sind die psychosozialen Umstände. Da wird formuliert, dass mindestens zwei schwere Beeinträchtigungen vorliegen müssen. Das halten wir für sehr kleinschrittig. Es gibt psychosoziale Beeinträchtigungen, die per se zu einem sehr hohen Bedarf führen.

Was mehrfach angesprochen wurde, ist die Koordination durch nichtärztliche Personen. Wir würden unterstützen, dass nichtärztliche Personen in die Koordination einbezogen werden können, aber dass sie sie nicht zwingend alleine übernehmen müssen.

Bei den Leistungserbringern wurde unter anderem die psychiatrische häusliche Krankenpflege erwähnt. Da würden wir die Frage stellen, ob bei dieser Berufsgruppe die ausreichende Expertise für diese Leistungserbringung vorliegt.

Dann die Frage: Wie ist es mit der Zustimmung oder mit dem Einmünden in die Komplexversorgung, zum Beispiel bei 15-Jährigen ohne Einverständnis der Eltern? Das müsste vielleicht noch mal bezüglich der Zustimmungsberechtigung nachgeschärft werden. Das sind die wesentlichen Aspekte, die wir einbringen möchten. – Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann übergebe ich an den Dachverband Gemeindepsychiatrie, Herr Greve.

Herr Greve (DVGP): Ich will mich zunächst allen anschließen, die diese Leitlinie in ihrer Öffnung über das SGB V hinaus begrüßen. Frau Lelgemann, Sie hatten angesprochen, dass sich viele damit beschäftigen. Ich glaube, dass wir seit meinem Vortrag vor dem damaligen § 92 Abs. 6b-Unterausschuss, als es um die Erwachsenen-Richtlinie ging, immer noch ein bisschen zu zaghaft sind, und würde insbesondere die Vorschläge der Patientenbank unterstützen mit dem fallspezifischen Ad-hoc-Team. Ziel sollte ein gesamter Hilfeplan über alle Gesetzbücher hinweg sein. Es ist nicht einzusehen, dass es da immer noch getrennte Gesamtpläne geben soll.

Zweitens: Wie bei der Erwachsenen-Richtlinie meinen wir, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten in der Formulierung nicht ausreichend berücksichtigt wird. Wünsche der Patienten sind an mehreren Stellen zu berücksichtigen. Insbesondere bei der Auswahl von Bezugspersonen meinen wir, geht es ohne ausdrückliche Zustimmung der Patienten und ggf. der Eltern eigentlich nicht, denn daran ist der Erfolg des Ganzen geknüpft.

Dass es keinen Netzverbund gibt im Unterschied zur Erwachsenen-Richtlinien, sehen wir auch als großen Fortschritt, weil es die Möglichkeit gäbe, in den traditionellen Versorgungsregionen zusammenzuarbeiten, das ist mit den großen Netzverbünden der Erwachsenen-Richtlinie ja schwierig.

Schließlich: Warum halbe Sitze hier ausgeschlossen sein sollen, erschließt sich uns auch nicht, da schließe ich mich meinen Vorrednern an.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Greve. – Dann bestünde für die Teilnehmer des Unterausschusses die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Gibt es Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Eine Nachfrage an Herrn Greve: Sie hatten gesagt, wir sollten nicht zu zaghaft sein im Hinblick darauf, Leistungserbringer aus anderen Bereichen zu berücksichtigen. Wo würden Sie diesbezüglich Regelungsmöglichkeiten des G-BA sehen? Wir haben natürlich mit Freude gehört, dass Sie den Vorschlag der Patientenvertretung da unterstützen. Aber vielleicht könnten Sie das ein bisschen tiefergehend ausführen.

Herr Greve (DVGP): Sehr gern. Wir haben zurzeit noch nicht die Möglichkeit, in der bundesdeutschen Sozialgesetzgebung Teams zu bilden, multiprofessionell, multikonzeptionell übergreifend, wie es in der Leitlinie für die Versorgung von schweren psychischen Erkrankungen vorgesehen wäre, die dann wirklich über alle Hilfen hinweg die Verantwortung haben, eine einzige Gesamtplanung mit allen Beteiligten machen und eine fortlaufende Vernetzung. Soweit sind wir ja in Deutschland leider noch nicht.

Deswegen bleibt es wahrscheinlich, soweit ich sehen kann, auf absehbare Zeit dabei, dass man fallbezogene Teams mit allen Beteiligten bilden kann. Das ist ein Vorschlag, den ich ausdrücklich unterstütze, auch mit der Perspektive der Gesamtplanung über alles hinweg. Das ist aus unserer Sicht rechtlich möglich, da bedarf es zunächst keiner weiteren Korrekturen, außer dass es bisher ja nicht verpflichtend vorgeschrieben ist, so zu arbeiten. Da wäre diese Richtlinie ganz normal [*akustisch unverständlich*]. Ich kann Ihnen aber gern, dem Ausschuss, einen Vorschlag des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie zur Verfügung stellen, der darauf hinzielt, das in allen einschlägigen SGBs in Zukunft verbindlich zu regeln, den würde ich dann gern schicken, gern mit der Weitergabe an den Unterausschuss.

Ansonsten habe ich ja dem Erwachsenenausschuss – ich weiß nicht, ob der identisch ist – damals schon vorgetragen, dass wir ein Innovationsfondsprojekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung durchgeführt haben, das im Grunde davon ausgeht, dass das bisher bereits möglich sei, das ist auch vom Innovationsausschuss befürwortet und jetzt abgeschlossen

worden, die Ergebnisse sind demnächst zu erwarten. Also wir könnten das im Grunde schon tun. Wir können das SGB V auch den Leistungserbringern vorschreiben, dass sie die anderen alle einzuladen und zu beteiligen haben. Wie die das in ihren Sozialgesetzbüchern regeln, ist der zweite Teil.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Greve. – Ist die Frage beantwortet, Patientenvertretung?

PatV: Ja, vielen Dank. Wir freuen uns natürlich, wenn Sie uns die Unterlagen noch übersenden. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Gibt es weitere Fragen? – Die KBV, bitte.

KBV: Ich habe eine Frage an Herrn Borchers, und zwar: Wie ist das dann zu beurteilen? Welche Hemmnisse können entstehen, wenn Psychiater vorgeschaltet werden, zum Beispiel bei vorwiegend somatischen Erkrankungen und so weiter? Wie kann man sich das vorstellen? Was sind das dann für Auswirkungen in der Versorgung? Da wäre es ja dann für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auf einmal nicht mehr möglich, Bezugstherapeut zu sein. Wenn Medikamente und somatische Erkrankungen im Vordergrund stehen, wie würden Sie denn das sehen in der Versorgung? Wie soll das dann gehen?

Herr Borchers (DPtV): Danke der Nachfrage. Einfach könnte ich jetzt sagen, das geht gar nicht. Also es geht mit großen Schwierigkeiten. Wir werden ja auch den Wunsch nach einer zeitnahen Aufnahme der Behandlung, glaube ich, nicht erfüllen. Auch ohne Richtlinie sehe ich – ich praktiziere in Kiel, also nicht unbedingt der größten Stadt, aber sie nennt sich auch Großstadt, die verhältnismäßig gut versorgt ist. Und ich habe ja jetzt schon große Probleme zu koordinieren mit Kinder- und Jugendpsychiatern, wenn es um die Behandlung meiner Patienten geht.

Jetzt sind wir aber frei, die Reihenfolge – „Wer sieht den Patienten zuerst und was machen wir zuerst?“ – da vorzunehmen. Und wir sind auch verhältnismäßig frei in den Fristen, die da einzuhalten sind. Und da jetzt in einer Richtlinie Fristen festzulegen und auch die Reihenfolge, das ist ein großes Hemmnis, davon kann ich nur abraten. Das geht an der Versorgung und dann leider auch an dem Ziel der Richtlinie vorbei.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Ist die Frage ausreichend beantwortet, Herr KBV?

KBV: Ich wollte mich dafür bedanken, und ich kann nur sagen: Ich bin Kinder- und Jugendpsychotherapeut auf dem Land, das entspricht auch meiner Situation: Wir haben keine Psychiater. Das würde ein riesiges Kuddelmuddel geben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Okay. Gibt es weitere Fragen? – Die Patientenvertretung.

PatV: Herr Borchers, die PatV. würde sich freuen, wenn Sie noch mal erläutern könnten, warum Sie glauben, dass die PIAs nicht einbezogen werden sollten, gerade vor dem Hintergrund dessen, dass Sie vorher gesagt haben, dass die Versorgungslage ja so dünn ist. Das erstaunt uns. Wir würden uns freuen, wenn Sie das noch mal erklären könnten.

Herr Borchers (DPtV): Ja, meine Bedenken sind da, dass die Behandlerkontinuität, also dass die jungen Menschen oder auch die jungen Patienten dann mit ihren Eltern dort nicht immer zu jeder Zeit, der sie da einen Termin haben, auf denselben Behandler stoßen. Uns wird jetzt schon leider häufig berichtet, dass die ihre ganze Lebensgeschichte und Problematik dann wieder von vorn darlegen müssen. Das sind, glaube ich, bei schwer psychisch Erkrankten besondere Hemmnisse. Die sind überhaupt nicht förderlich. Also die Behandlerkontinuität, die

sehe ich fast bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch viel dringender, die ist mir da einfach nicht gegeben aus meiner Erfahrung als praktizierender Kinder- und Jugendpsychotherapeut und auch Erwachsenentherapeut. Von daher haben wir da Bedenken, die einzubeziehen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Das ist nicht der Fall. Dann machen wir jetzt weiter mit der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg, Frau Navarro Ureña.

Frau Navarro Ureña (PIBB): Ich habe fünf Punkte. Erstens: Wir gehen davon aus, dass zum Transitionsprozess mehr als ein Gespräch der dann doch größeren Behandlerrunde erforderlich sein wird, und schlagen mindestens 5 Gespräche vor – oder, diese Zahl sogar offen zu lassen, weil das sehr individuell patientenzentriert abgestimmt werden muss. Um dem partizipativen Ansatz der Richtlinie zu genügen, sollte man sich nicht mit einer Anzahl von Sitzungen einengen. Das ist ja ein sehr sensibler Prozess, weil da geht etwas zu Ende für die Jugendlichen. Und die dann in die erwachsenenpsychiatrische Versorgung überzuleiten ist eine heikle Angelegenheit.

Zweitens: Hälftige Versorgungsaufträge sollten einbezogen werden. Wir können es uns nicht leisten, auf Ressourcen in der ambulanten Versorgung jetzt und auch in Zukunft zu verzichten.

Drittens: Sektorengrenzen müssen durchlässig werden, sowohl ökonomisch als auch personell, das gilt in beide Richtungen, das ist keine Einbahnstraße vom Krankenhaus in den ambulanten Sektor und umgekehrt, vom ambulanten in den stationären Sektor. Das ist für die Transition, von der wir wissen, dass viele Jugendliche aus der Klinik dann einen Psychiater brauchen, durchaus ein sehr wichtiger Aspekt aus unserer Sicht.

Viertens: Da, wo Netzwerkverbünde sind – und ich weiß, dass die Kinder- und Jugendlichentherapeuten und -ärzte eine sehr kleine Gruppe sind im Vergleich zu anderen fachärztlichen Gruppen, auch die psychotherapeutisch tätigen Kollegen bilden eine kleine Gruppe ab –, glaube ich, sollte man wirklich regional gucken: Was gibt's da? – Dann machen wir da ein Netzwerk. Und wenn es da keine größere Gruppe gibt, dann nimmt man halt die Strukturen, mit denen man schon immer gut zurechtgekommen ist und bei denen man die Versorgung sichern konnte. Da jetzt noch irgendwelche formalen Dinge ins Feld zu führen halten wir aus der Erfahrung mit der Erwachsenen-Richtlinie für überflüssig und für nicht versorgungsorientiert. Aber wenn es Versorgungsstrukturen gibt, zum Beispiel Netzverbünde oder die Psychotherapie Initiative Berlin Brandenburg hier in Berlin, dann ist natürlich auch für Brandenburg schon eine Struktur da, an der man andocken kann, und Brandenburg als großes Flächenland braucht dringend mehr Ressourcen auch aus der Stadt, die es nutzen kann.

Fünftens: Aus unserer Erfahrung können wir die Koordination – brauchen wir nicht die fachärztlich und die psychotherapeutisch tätigen Kollegen. Wir machen sehr gute Erfahrungen mit der ergotherapeutischen und mit der soziotherapeutischen, aber auch mit der ambulant-psychiatrischen Pflege als nichtärztliche und nichtpsychotherapeutische Leistungserbringer in unserem Netz. Und ich kann nur ermuntern, auch regional mehr dafür zu tun, dass diese Strukturen sich aufbauen können, weil die im Erwachsenen- und Jugendlichenbereich sicherlich eine große Chance haben können mit dieser Richtlinie. – Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann der Spitzenverband der Heilmittelverbände, Herr Schotte.

Herr Schotte (SHV): Vielen Dank. Ich möchte auf zwei Punkte im Rahmen der Richtlinie beziehungsweise des Richtlinienentwurfes eingehen. Der eine Punkt sind die regelmäßigen Fallbesprechungen und der inhaltliche Austausch, die sehr wichtig sind. Dieser scheitert aber an fehlenden klaren Strukturen und nicht zuletzt auch an der fehlenden, da nicht geregelten

Refinanzierung, wie wir bereits im Rahmen der KSV-Psych feststellen konnten. Eine entsprechende Regelung fehlt leider auch in den vorliegenden Entwürfen zur KJ-KSVPsych. Hier sehen wir auf jeden Fall ein Defizit und hoffen, dass dies noch nachgeholt werden kann.

Der zweite Punkt ist die Empfehlung zur Versorgung eines Patienten im Rahmen der Richtlinie. Hier sehen wir, dass eine solche von allen beteiligten Leistungserbringern ausgesprochen werden können muss. Damit sind natürlich auch die Heilmittelerbringer und insbesondere die Ergotherapeuten einzubeziehen. Diese haben oft Patienten von Ärzten, die nicht Teil der Netzwerke sind, denn die Therapeuten haben oft andere Einblicke in die Patientensituation. Und diese Chance, mehr Patienten in die Netzwerke zu bringen, sollte dann auch genutzt werden. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Schotte. – Dann gebe ich weiter an die Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland, Frau Meisel.

Frau Meisel (VAKJP): Guten Tag! Auch wir begrüßen, dass die Richtlinie deutlich bürokratieärmer und einfacher sein soll als die Richtlinie für die Erwachsenen. Wir finden es gut, wenn eine möglichst flexible Regelung besteht für die, die die Bedürfnisse und die Notwendigkeiten des individuellen Falls aufgreifen können. Dazu gehört natürlich der Einbezug von Familien beziehungsweise relevanten Bezugspersonen.

Wir finden es nicht sinnvoll, wenn die 0- bis 3-Jährigen ausgeschlossen sind. Genauso ist es wichtig, Kinder mit Intelligenzminderung in diese Richtlinie aufzunehmen. Das sollte sich wirklich nach dem entsprechenden Fall orientieren. Und da ist es sinnvoll, dass auch nur als Minimum Psychotherapeut:innen oder Ärzte da sind, wobei auch hier gut ist, dass nicht von vornherein vorgesehen ist, dass es unbedingt eine ärztliche Eingangsdiagnostik gibt, denn gerade in den Fällen, in denen eine komplexe Problematik vorliegt, gibt es in der Regel bereits sehr viele Diagnostiken oder Informationen, auch zum Beispiel vom Jugendamt oder von den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Wir haben vorhin darauf hingewiesen, dass jetzt hier nicht geregelt werden kann, wie außerhalb des SGB V Institutionen einbezogen werden können, aber es ist natürlich auch sehr wichtig, dass es bei Schule zum Beispiel, Kindergarten Möglichkeiten geben muss, die auch einzubeziehen – oder das Jugendamt.

Wir finden auch die Forderung von KBV, DKG gut, dass Prävention, Intervention und Schutzkonzepte bei sexuellen Übergriffen oder sonstiger Gewalt besondere Beachtung finden beziehungsweise den Beteiligten vorliegen. Wobei: Das sollte eine Empfehlung sein und keine zwingende Bedingung. Aber das wäre schon wichtig, denn es ist ja nachgewiesen, dass Traumata in Kindheit und Jugend mit schweren psychischen Erkrankungen korrelieren.

Was schon mehrfach erwähnt worden ist: Es macht keinen Sinn, halbe Sitze davon auszuschließen.

Und was wir auch sehr konstruktiv finden ist die Lösung in § 13, also während eines Krankenhausaufenthalts kuratorische Sitzungen in der vertragsärztlichen Praxis möglich zu machen oder dass der Therapeut auch ins Krankenhaus kommt. Das, denke ich mir, ist für den Übergang, für die Schnittstelle sehr wichtig. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten.

Frau Sartorius (BVVP): Guten Tag! Vorneweg etwas Positives: Uns ist aufgefallen, dass im Vergleich mit der Richtlinie für die Erwachsenen deutlich geringere formale Hürden bestehen sollen, womit eine Chance besteht, dass sich diese Versorgungsformen flächendeckend

installieren könnten, also beispielsweise der Wegfall der Verpflichtung zur Bildung von aufwendigen Netzen, die Kooperationen mit dem Krankenhaus lediglich formal festzustellen.

Gefreut haben wir uns auch über die Gedanken, dass eine Behandlungskontinuität auf jeden Fall wichtig ist. Das würde ggf. auch einschließen, dass eine begonnene Richtlinientherapie fortgesetzt werden könnte, zumindest was den Behandler betrifft.

Wir haben uns auch gefreut, dass F-Diagnosen einbezogen werden sollen, auch die Definition, dass schnittstellenübergreifend gearbeitet werden soll. Allerdings fehlt uns eine Definition, wie das genau zu gehen habe, denn das ist ja ein altbekanntes Problem bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Mehrfach wurde der Wunsch geäußert, Probleme dann anzugehen, wenn sie entstehen und nicht erst, wenn ein Kind 3 Jahre alt ist, das wäre also ganz wichtig: dass die Altersgrenzen nach unten gestrichen werden und nach oben hin analog zur Richtlinie die Altersgrenzen mindestens bei 21 Jahren liegen.

Bei den Teams, die dort gebildet werden, ist uns aufgefallen, dass es uns wichtig wäre, dass auch Ärzte einbezogen werden könnten. Zum Thema Ärzte ist uns auch aufgefallen, dass es uns wichtig wäre, dass unsere [*akustisch unverständlich*] somatische Abklärungen nicht nur anregen, sondern auch durchführen können sollen, das findet in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen regulär statt.

Zu den Heil- und Versorgungsaufträgen: Alternativ könnte man Anwesenheitszeiten für das Krisenmanagement definieren. Auch, dass die Verpflichtung der Differenzialdiagnostik durch P-Fachärzte nicht zwingend ist, finden wir ganz gut. Aber [*akustisch unverständlich*] sollten einbezogen werden.

Eine letzte Sache: Die Zusatzqualifikation wird für Angehörige von wissenschaftlichen und praktischen Berufsgruppen gebildet, jedoch nicht von den Fachschulabsolventen, das finden wir nachbesserungsbedürftig. Und die Frist von 10 Tagen sollte geöffnet werden, damit auch Familien, die das nicht erreichen und leisten könnten, nicht aus dieser Richtlinie ausgeschlossen werden. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. – Dann gebe ich jetzt weiter an den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Frau Professor Posten.

Frau Prof. Posten (BDP): Unserer Ansicht nach verfolgt die Richtlinie das Ziel einer Verbesserung sehr wichtiger Aufgabenstellungen in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft. Wir haben uns intensiv mit den Beschlussentwürfen, insbesondere dissenten Positionen, dahingehend beschäftigt. Insgesamt begrüßen wir die Zielrichtung der Richtlinie sehr.

Allerdings wollen wir darauf aufmerksam machen, dass erfahrungsgemäß die Behandlung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen per se komplex ist, weshalb die entworfene Richtlinie nicht nur für sogenannte schwer psychisch Kranke zur Anwendung kommen darf. Unabhängig vom Schweregrad einer vorliegenden Störung sollte sie allen Bedürftigen zugutekommen. Ein Mindestalter jedoch schränkt den Versorgungsansatz ein. Und im Zuge der Transition ins Erwachsenenalter soll das jeweils bessere – im Sinne von verfügbar – und auch passende Angebot zum Tragen kommen.

Das Anliegen der Richtlinie, die fallbezogene Kooperation der beteiligten Berufsgruppen zu verbessern und den jeweiligen Behandlungsprozess über Sektoren und institutionelle Grenzen hinweg zu integrieren, wird vom Verband in hohem Maße begrüßt, wobei insbesondere die Regelung der Sozialgesetzbücher mitgedacht und perspektivisch betrachtet, vielleicht auch überarbeitet und bestehende Vereinbarungen, beispielsweise zur sozialpsychiatrischen Behandlung, überdacht werden müssten.

Insbesondere ist für uns die Stärkung zwischen Institutionen zugunsten ambulanter Dienstleistungen ein Schlüsselelement der Richtlinie. Und in dieser [*akustisch unverständlich*] für hoch komplex. Aber sie fokussiert unserer Ansicht nach stärker auf institutionelle Lösungen und weniger auf die Einbeziehung vorhandener ambulanter Fachexpertise, beispielsweise schulpsychologischer oder rechtspsychologischer Expertise, die wir begrüßen würden, wenn sie stärker berücksichtigt würde.

Vorhandene Kooperationen, zum Beispiel durch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, sollten zudem durch eine verbesserte Finanzierung aufgegriffen und weiterentwickelt werden. Im Hinblick auf die Attraktivität zur Mitwirkung ambulanter leistungserbringender Expertise könnten möglicherweise sehr eng kalkulierte Vergütungsregelungen zum unüberwindbaren Hindernis werden. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Frau Dr. Brauer.

Frau Dr. Brauer (BKJPP): Wir als niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind sehr glücklich und dankbar, dass es jetzt ein gutes Modell, ein Versorgungskonzept gibt für eine bisher sehr unterprivilegierte Patientengruppe. Viele dieser Patienten liefen eigentlich unter dem Radar. Es sind keine neuen Patientengruppen und es sind auch keine unbekannten Patienten. Aber es gab eben bisher keine Leistungskonzepte, die diesem hochaufwendigen Behandlungssetting gerecht werden. Wir brauchen Begleitpersonen, wir brauchen die Arbeit mit den verschiedenen Systemen, das lief bisher im Prinzip nebenher. Das ist keine große Patientengruppe, die das betreffen wird, aber es ist eine sehr wichtige Patientengruppe, weil es eben die Schwerkranken sind.

Was uns wichtig ist, ist auch, dass es aus dem Blick der Patienten selbst, also aus der Patientenorientierung, gedacht wird: Was braucht das Kind, was braucht der Jugendliche, der mit einer schweren psychischen Erkrankung zu uns kommt?

Wir sind sehr glücklich über das schlanke Netzkonzept. Und dass die Koordination in den Händen der Bezugstherapeuten bleibt, so wie es ja auch sonst ist, das sind wir gewohnt, so arbeiten wir eigentlich in den Kliniken und in den Praxen immer. Da braucht es keinen Extrakoordinator.

Zum Alter schließen wir uns vielen Vorrednern an: Ab Null sollte das schon möglich sein, in diesem Konzept zu arbeiten und den Patienten etwas anzubieten. Ich denke da am ehesten an die Autisten.

Die Netz- und Strukturverbünde sollten möglichst dicht sein, das heißt, es sollten Teilnehmer sein, die nur einen halben Versorgungsauftrag haben. Eben wegen dieser Frage der Netzdichte ist aus unserer Sicht die Einbindung der Kliniken und der PIAs enorm wichtig. Da sollten Lösungen gefunden werden, das ist auch im Interesse von uns Niedergelassenen, denn damit können wir gewährleisten, dass wir auch in schlecht versorgten Regionen sehr professionelle Netze anbieten können. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Brauer. – Gibt es seitens der Mitglieder des Unterausschusses Fragen? – Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Danke schön. Ich habe zwei Fragen: Die erste Frage richtet sich an Frau Navarro Ureña, aber sie hat sich bereits verabschiedet. Aber ich glaube, vom PIBB ist noch jemand da.

Herr Dr. Krebs (PIBB): Ich bin da und kann antworten, das mache ich gern.

PatV: Meine Frage war: Frau Navarro Ureña hat von Durchlässigkeit der Systeme gesprochen. Sie meinte wahrscheinlich nur, es gäbe fünf [*akustisch unverständlich*] Krankenhaus und ambulante Versorgung. Wie meinte sie das, eine noch bessere Einbeziehung von PIAs, also

auch temporäre Behandlung gleichzeitig bei PIA, bei der ambulanten Versorgung? Und wie war das gemeint mit der besseren Einbeziehung von anderen Vertretern von anderen Sozialgesetzbüchern?

Herr Dr. Krebs (PIBB): Zu der zweiten Sache: Das ist natürlich wünschenswert, dass andere Sozialgesetzbücher da einbezogen werden. Aber das wurde ja sowohl bei der Erörterung der Erwachsenen-Richtlinie als auch jetzt im Vorspann gesagt. Das ist nicht möglich so ohne Weiteres. Aber wir halten das für extrem wichtig, weil ja die Erfahrung sagt, dass schwer erkrankte Menschen – auch Leistungen aus anderen SGB-Bereichen wie Kinder- und Jugendbereiche – extrem noch in der Jugendhilfe noch viel stärker ist als im Erwachsenenbereich.

Natürlich: Wir treten schon lange dafür ein, dass die meisten Patienten ambulant versorgt werden und nur selten in Kliniken sind und diese Durchlässigkeit zwischen den Sektoren eher bedarfsadaptiert zu regeln ist, das ist schwierig. Und es hat sich ja gezeigt, insbesondere mit der Einbeziehung der Krankenhäuser in die KSV-Psych-Richtlinie der Erwachsenen, dass das aufseiten der Krankenhäuser in ganz weitem Maße nicht unbedingt – wir sind in Berlin eine Ausnahme, aber eine enge Verknüpfung mit den Chefärzten von vielen psychiatrischen Kliniken haben – sehr schwierig ist.

Bei den PIAs gibt es ein riesiges Problem, das ist die Frage der Abrechnung, zumindest bei uns im Netzverbund, weil wir eine andere Direktabrechnung mit den Krankenkassen vornehmen und nicht über das KV-System. Insofern ist das nicht ganz einfach und nicht trivial und sorgt auch dafür, dass bislang bei uns im Netzverbund zwar PIAs assoziiert sind, aber bislang keine Patienten betreuen.

PatV: Vielen Dank. – Noch eine Frage an Frau Dr. Brauer. Sie haben von der Patientenperspektive gesprochen. Was bedeutet das für Sie? Also insbesondere bei Jugendlichen, die zum Beispiel älter als 14 Jahre sind, oder auch jungen Erwachsenen, wenn das auch Konflikte mit Eltern oder anderen relevanten Bezugspersonen gibt. Bedeutet das, dass Patienten viele Wünsche, Prioritäten haben?

Frau Dr. Brauer (BKJPP): Die Patientenperspektive meint eher, dass wir die Formulierung des Behandlungsbedarfs aus Sicht der Patienten formulieren wollen. Das heißt, wir wollen definieren, in welchen Erreichbarkeiten: Wer ist involviert? Wer übernimmt die Koordination der Behandlung? Und zwar so, dass das niedrigschwellig möglich, auch in Einfacher Sprache möglich und für jeden zugänglich ist. Und nicht: Was bieten Systeme und wie können wir die dann öffnen für schwer Erkrankte? – Sondern anders herum gedacht: Wo können wir Behandlungsangebote machen und wie können wir sie machen? Also auch mit Blick auf die betroffenen Familien: Wie können wir diese Wege erleichtern zum Beispiel? Wie können wir die Koordination gestalten, anhand von Videositzungen und so weiter oder auch Teambesprechungen, sodass der schwer erkrankte Patient und seine Familie möglichst nicht zusätzlichen Aufwand haben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Dr. Brauer. – Ich muss jetzt einen Beitrag aus dem Chat wiedergeben, und zwar hat sich Frau Dr. Brock-Harder gemeldet, dass sie nicht richtig verortet ist im Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, sondern in einem anderen Berufsverband.

Frau Dr. Brock-Harder (BKJ): Schönen Dank! Ich bin vom Bundesverband für Kinder- und Jugendpsychotherapie, das heißt, wir vertreten alle approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und nicht die ärztlichen. Insofern war das jetzt eine Verwechslung.

Was ist uns wichtig? – Ich möchte noch einmal auf die 0- bis 3-Jährigen eingehen, gerade vor dem Hintergrund der Zero-to-Three-Diagnostik und den frühen Regulationsstörungen, die auf

0 bis 5 jetzt aufgestockt worden sind. Es macht also keinen Sinn, da eine Altersgrenze einzuführen, insbesondere bezüglich der Schnittstelle zur Erwachsenen-Psychotherapie. Weil ja häufig dann auch psychisch kranke Eltern möglicherweise involviert sind, wäre es wichtig, da die Altersgrenze nicht einzuführen.

Dann wollte ich positiv betonen, dass die Einbeziehung von Erziehungsberatung et cetera sehr sinnvoll und gut ist, dass auch die aufsuchende Versorgung in der häuslichen Umgebung aus unserer Sicht eine gute Idee ist für Familien, die das nicht ermöglichen können, einen ambulanten Zugang, gerade im ländlichen Raum, zu haben.

Noch zum ländlichen Raum: Fallbesprechungen sollten online ermöglicht werden für die Leistungserbringer, um Wege zu reduzieren.

Und noch ein Punkt zum Übergang zwischen Kinder- und Jugendlichenbehandlungen und Erwachsenenbehandlung. Gerade schwer erkrankte junge Erwachsene sind oft sehr strukturschwach beziehungsweise müssen oft noch Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz nachholen. Deshalb sollte es keinen Vorrang geben ab 18, sondern eine Einzelfallentscheidung, um Beziehungsabbrüche mit den Behandlern zu vermeiden.

Zwei letzte Punkte: der Übergang stationär/ambulant mit den kuratorischen Sitzungen bereits zur Zeit des stationären Aufenthalts ist gut und wichtig, um genau diesen Übergang nahtlos zu ermöglichen. Auf der anderen Seite wäre es uns noch wichtig, dass der fallführende Leistungserbringer frei wählbar ist und nicht bereits im Vorfeld auf bestimmte Profession festgelegt wird. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Das Einzige, was wir sagen können, ist, dass es keinen sonstigen Bereich bei Fachgesellschaften und Ähnlichem gibt, wo es so kompliziert ist mit den Bezeichnungen der einzelnen Verbände. Da sollten Sie sich an eine große Reform wagen, denn das ist ein undurchschaubarer Dschungel.

Gibt es weitere Fragen an den Kreis der Stellungnehmenden aus dieser dritten Runde? – Bitte, Patientenvertretung.

PatV: Ich hätte eine Frage an Frau Brock-Harder. Könnten Sie noch mal sagen, warum Sie die aufsuchende Versorgung in der häuslichen Umgebung für wesentlich erachten?

Frau Dr. Brock-Harder (BKJ): Ja, gerade Familien mit schwer erkrankten, psychisch kranken Kindern sind ja eben nicht solitär irgendwie, das Kind ist ja immer eingebettet in seine sozialen Beziehungsstrukturen, insbesondere in die Familie, da gibt's möglicherweise Geschwister, die betreut werden müssen, da hat vielleicht die Mutter kein zweites Auto, um ggf. die Termine wahrzunehmen, weil der Mann möglicherweise das einzige Auto für seine Arbeitswege braucht. Also jetzt mal so ganz konkret beispielorientiert ist es gerade für Familien mit schwer erkrankten Kindern oft extrem schwierig, tatsächlich regelmäßige Termine außerhalb des Hauses wahrzunehmen. Und wenn das tatsächlich gar nicht lösbar ist, wären die ansonsten ausgeschlossen von der Behandlung. Deshalb finden wir es gut und wichtig, dass es diese Möglichkeit gibt. Das wird nicht der Regelfall sein, aber in Ausnahmefällen das zu ermöglichen wäre tatsächlich wichtig.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Herr Krebs, könnten Sie noch mal erläutern, inwiefern gerade im Hinblick auf die Notwendigkeit, regionale Ressourcen einzubeziehen und auf das zu schauen, was vorhanden ist, die psychiatrische häusliche Krankenpflege und die Soziotherapie für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, gerade im Hinblick auf die Transitionsphase – so stellen wir uns das jedenfalls vor – von Bedeutung sind?

Herr Dr. Krebs (PIBB): Wie gesagt, ich bin Erwachsenenpsychiater, das heißt, die spezifischen Bedürfnisse von sehr jungen Jugendlichen obliegen mir nicht. Aber es ist ganz häufig so, dass bei schwerer erkrankten Kindern und Jugendlichen, die dann 16, 17, 18 sind, häufig die schweren Erkrankungen – beginnende Psychosen, schwere andere Anpassungsstörungen – sich ja nicht in Luft auflösen, weil sie plötzlich erwachsen sind. Und dann meistens ist es so, gerade wenn es da Antriebsstörungen gibt und vielleicht auch kein optimales soziales Umfeld vorhanden ist, dass dort gerade die aufsuchenden Hilfen einerseits im häuslichen Kontext, aber auch die Organisationen der weiteren Versorgung im fachärztlichen Bereich den Erwachsenenbereich nutzen. Mit dem 18. Lebensjahr – es gibt ja diese Übergangsphase zwischen 18 und 21 – spätestens aber mit 21, wenn es keine Ausnahmefälle sind, ist eine Weiterbehandlung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich nicht mehr möglich. Und dafür ist es extrem hilfreich, gerade wenn kein intaktes funktionierendes Umfeld da ist, da haben wir gute Erfahrungen mit den aufsuchenden Hilfen von Soziotherapie und PhKP.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Da es keine weiteren Fragen gibt, gehen wir in die letzte Runde. Wir beginnen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Frau Dr. Klein.

Frau Dr. Klein (BAG KJPP): Herzlichen Dank. Meine Berufsgesellschaft, der Berufsverband, bedankt sich ganz herzlich für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Wir sind ja der Berufsverband, der die meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Pflichtversorgungen in Kliniken vertritt. Wir kennen die allermeisten dieser Patienten, von denen hier die Rede ist, weil sie beständig über unsere Institutsambulanzen, aber auch über die Krisenversorgung, die immer wieder in der Natur der Sache bei psychisch chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen auftritt, bei uns in den Kliniken aufgenommen werden oder wir dann übers Entlassmanagement eng verknüpft sein müssen mit den Folgeversorgern, die nicht immer nur unsere PIAs sind – zum Glück.

Wir freuen uns, da mit den Niedergelassenen vernetzt zu sein. In dem Sinne und für unsere Patienten – wir haben da auch den Patienten im Blick – begrüßen wir sehr diese Richtlinie, sehen aber, dass die Richtlinie dieses Thema Schnittstelle zum Krankenhaus, Schnittstelle zu den PIAs nicht genügend beantwortet im Sinne unserer Klientel, denn die Richtlinie richtet sich ja an die oberen 5 %, die selbst schwerst erkrankt sind. Häufig hat ihr System, ihre Familie, ihre nähere Umgebung selbst viele Beeinträchtigungen und kann Hilfen nicht so gut wahrnehmen, da braucht es eine gute Vernetzung.

Wir vom Berufsverband sehen folgendes Problem: Wenn die Institutsambulanzen nicht in diesem Netzverbund beteiligt sind, dann fehlt ein wichtiger Versorger. Und es greift zu kurz zu denken, dass ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychiater, der in der PIA arbeitet, in personam diesem Netzverbund beitreten wird. Das wird nicht der Fall sein, denn der ist über seinen Vertrag vom Krankenhaus abhängig und sein Arbeitgeber muss zusagen. Wir werden da ansonsten nicht gut beitreten können. Da ist dann der einzelne Arzt nicht frei zu handeln und das ist schlecht für den betroffenen jungen Menschen.

Die Frage zur Schnittstelle zum stationären Sektor ist auch nicht gut beantwortet. Wir begrüßen es zwar sehr, dass die probatorischen Sitzungen bereits während der Behandlung stationär stattfinden können, das kennen Sie auch im Einzelfall schon aus der Praxis, indem es einfach einzeln genehmigt wird, das machen wir immer gern und haben da auch schon gute Kooperationen, aber wenn es regelhaft wäre, wäre es gut. Umgekehrt ist es aber auch manchmal nötig, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, dass die Behandler auch zu den Niedergelassenen gehen dürfen und vielleicht einen gemeinsamen Runden Tisch machen, damit auch das berücksichtigt ist und nicht immer nur der Weg raus aus dem Krankenhaus, sondern die Vermeidung, ins Krankenhaus rein berücksichtigt wird.

Die Koordinationsperson, die muss der Hauptbehandler sein, denn die Fälle sind so komplex, das ist nicht gut abwägbar – nicht, weil es schon immer so war und Usus war, sondern der Inhalt ist zu komplex. Das schafft sonst nur noch eine Schnittstelle mehr.

Und wir finden auch, ab Alter null Jahre muss gelten: Eine F7-Diagnose darf nicht ausgeschlossen werden, das ist diskriminierend, auch die profitieren von dieser Richtlinie. – Herzlichen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an den Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser- und Krankenhausabteilungen in Deutschland e. V., Herr Klitzsch.

Herr Klitzsch (VPKD): Wir bedanken uns, hier Stellung nehmen zu können. Wir schließen uns der DGPM an, wonach der Facharzt für psychosomatische Medizin nicht zwingend eine zweijährige Weiterbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchlaufen haben muss. Es gibt in Deutschland mittlerweile fast 80 Angebote für Kinder und Jugendliche in psychosomatischen Abteilungen. Wir haben insgesamt in Deutschland 280 Abteilungen. Auch dort kann ein Facharzt für psychosomatische Medizin die erforderlichen Qualifikationen erworben haben und braucht deswegen keine Beschränkung, zumal meines Wissens auch überhaupt keine Beschränkung für die Altersbehandlung, also für das Alter, dass ein Facharzt für psychosomatische Medizin behandeln darf, besteht.

Was wir gerne hätten, wäre eine ausdrückliche Erwähnung der Abteilungen für psychosomatische Medizin, dass die in die Behandlung einbezogen werden dürfen. Ich glaube, es ist zwar rechtlich eins, wenn § 118 erwähnt wird, aber dann auch die psychosomatischen Institutsambulanzen, die deutschlandweit gerade entstehen. Wir sind sicher nicht die Richtigen, um die Koordination zu übernehmen, aber wir sind doch immer mehr an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen beteiligt und wären froh, wenn das noch Berücksichtigung in der Richtlinie finden könnte. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Herr Günther.

Herr Günther (VKD): Vielen Dank für die Einladung zur Anhörung. Wir begrüßen das Ziel der Richtlinie sehr. Neben den vielen fachlichen Punkten, die von den Vorrednern angesprochen wurden, bitten wir jedoch noch zu bedenken, dass auch die Bürokratie in Zaum gehalten werden muss. Jede zusätzliche Richtlinie, ob groß oder klein, macht zusätzlichen Aufwand in der Organisation, in der Verwaltung. Das heißt, wir wären hier eher für einen globalen Ansatz der Betrachtung des Ziels, was voraussetzen würde, dass man auch den Gesetzgeber entsprechend einbindet. Sie haben eingangs angesprochen, dass nicht alles vom G-BA behandelt werden darf. Wir würden trotzdem gern adressieren, dass wir hier einen eher global denkenden Ansatz bevorzugen. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an die Caritas Behindertenhilfe, Frau Dr. del Pilar Andrino.

Frau Dr. del Pilar Andrino (CBP): Wir, die CBP, Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, vertreten Kinder und Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen und weiterhin auch mit Mehrfachbeeinträchtigungen. Leider haben wir feststellen müssen, dass in der Richtlinie diese Gruppe nicht gesehen wird. Und leider ist es so, dass diese Gruppe in der Regel unterversorgt bis gar nicht versorgt ist, das ist unser Alltag. Das ist diskriminierend und widerspricht auch der UN-Behindertenrechtskonvention. Diese Anhörung ist für uns ein Teil des von der Bundesregierung für 2024 angestrebten diversen, inklusiven und barrierefreien Gesundheitswesens. Und unser Input geht auch dahingehend festzuhalten, dass wir auch eine lückenhafte Transition haben und dass für diese Patientengruppe die

Aufnahme der MZEB nach § 119c SGB V, also Medizinische Behandlungszentren für Patienten mit geistiger Behinderung oder Mehrfachbehinderung, mit hineingenommen werden sollten. In diesen interdisziplinären Teams sind eigentlich immer Psychiater und Psychologie beinhaltet, sodass es für die Transition eine große Hilfe und Stütze sein könnte, die wir gern einbringen möchten.

Wenn man all das zusammenfasst, dann ist festzuhalten: erstens sollte die Zielgruppe beinhaltet werden, zweitens bedarf es einer bedarfsgerechten und barrierefreien tatsächlichen kompatiblen Versorgung, die nicht gegeben ist. Die Transition sollte beachtet werden und für sie der MZEB. Und angeregt werden sollte auch, dass in den Fortbildungscurricula der Psychiater und Psychologen diese Patientengruppen auch gesehen und beachtet werden sollten. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die präzisen Aufforderungen. – Ich gebe jetzt weiter an den Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland. Hier ist Frau Heizmann angemeldet. Bitte sehr.

Frau Heizmann (BED): Guten Tag zusammen. – Erst einmal vielen Dank für die Möglichkeit, dass wir eine Stellungnahme abgeben dürfen.

Wir freuen uns sehr darüber, dass die Ergotherapie hier im Bereich des interdisziplinären Settings mitgedacht wurde. Zu unserer abgegebenen Stellungnahme haben wir nichts mehr hinzuzufügen. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Sie sehen Freude hier im Raum. Was nichts damit zu tun hat, dass wir Ihre Stellungnahme nicht entsprechend gewürdigt haben. – Zum Abschluss haben wir die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Hier sind sowohl Frau Cosanne als auch Herr Trost angemeldet. Wer immer beginnen möchte.

Frau Cosanne (DVSG): Hallo an alle. – Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Wir begrüßen ausdrücklich die sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Impulse durch die Richtlinie. Die Versorgung und psychosoziale Begleitung schwer erkrankter Menschen stellt aus unserer Sicht eine komplexe Aufgabe dar, die zwingend einer strukturierten und koordinierten Versorgung und Steuerung sowie eines berufsgruppenübergreifenden Ansatzes bedarf.

Neben den medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen und den bereits zur Verfügung stehenden Heilmitteln sehen wir eine zwingende Notwendigkeit, die psychosoziale und sozialrechtliche Unterstützung unter Einbeziehung der sozialen Arbeit und vor allen Dingen natürlich des Fokus, dass der Mensch, um den es geht, im Mittelpunkt steht, in einer umfassend strukturierten Versorgung zu verankern ist, um soziale Teilhabe für die psychisch erkrankten Menschen zu ermöglichen. Und dies muss vor allem bedarfsgerecht Hand in Hand in einem multiprofessionellen Team gewährleistet sein.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Koordination auch auf nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden kann. Dies erkennt an, dass Berufsgruppen, die beispielsweise im Sozial- und Gesundheitswesen im Bereich Eingliederungs- oder Jugendhilfe eingebunden sind – wie beispielsweise im Kinder- und Jugendschutz –, die Navigationskompetenz ausführen können, wie beispielsweise auch die soziale Arbeit. Dadurch kann eine kompetenzbasierte Teamarbeit erreicht werden, die auch eine Bezugspersonenkontinuität sicherstellen kann, die nicht nur im Behandler-, Behandlerinnenteam, sondern auch im Beratungsteam erforderlich ist. Diese Bezugspersonenkontinuität ist ein qualitatives Merkmal, was für die biopsychosoziale Gesundheit wichtig ist zu berücksichtigen. Gerade die Person in ihrer Welt zu sehen, ist eine Kompetenz, die nicht ausschließlich medizinischer Perspektiven bedarf, sondern auch psychosozialer Aspekte.

Um Systembarrieren zu vermeiden, sollten darüber hinaus die Grenze für unter Dreijährige aufgehoben werden. Das wurde bereits mehrfach erwähnt. Sozialpädiatrische Zentren und PIAs sollten ergänzt werden. Die Gleichzeitigkeit von Leistungen sollten möglich sein und nicht ausgeschlossen werden. Bezogen auf das SGB-übergreifende Moment, sind natürlich das SGB IX und die UN-Behindertenrechtskonventionen immer gültig. Diese Richtlinie bietet die Chance der Vernetzung und der übergreifenden Perspektive. –Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ich danke Ihnen. – Vielen Dank an alle, die ihren Beitrag geleistet haben. Vielen Dank für die enorme Fokussierung. Das hat supergut geklappt.

Somit kann ich zunächst für den Unterausschuss die Runde für Fragen eröffnen. – Bitte, die Patientenvertretung.

PatV: Ich muss jetzt doch noch mal nachfragen: Frau Dr. Andrino, aber auch andere hatten sich dahingehend geäußert, dass Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung von der Richtlinie ausgeschlossen würden. Wir sind bislang davon ausgegangen, dass Mehrfachdiagnosen auf jeden Fall nicht ausgeschlossen sind. Ich habe jetzt folgende Nachfrage: Frau Dr. Andrino, sind Sie der Meinung, dass Kinder aufgrund einer starken Intelligenzminderung dieser Behandlung bedürfen? Oder denken Sie an Kinder, die eine Intelligenzminderung und darüber hinaus eine schwere psychische Erkrankung haben? Das ist eine Verständnisfrage, aber vielleicht möchten sich noch andere dazu äußern.

Frau Dr. Andrino (CBP): Ich beantworte gerne die Frage: Natürlich meinte ich Kinder mit einer Beeinträchtigung im Sinne der Kognition, die damit auf die Welt gekommen sind, und zusätzlich eine psychiatrische Erkrankung, Beeinträchtigungen haben. Nicht alle Kinder mit Intelligenzminderung haben eine psychiatrische Diagnose. Das ist eine sehr berechtigte Frage. Umso besser ist es, dass wir es klären können. Das ist ganz wichtig.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dazu hat sich auch Frau Klein gemeldet.

Frau Dr. Klein (BAG KJPP): Wenn ich das Ganze jetzt auf ICD-10 übertrage, würde das heißen, alle Kinder mit einer F7X.1-Diagnose. F7 ist die Intelligenzminderung; X ist der Grad der Intelligenzminderung von 1 leicht, bis schwerst. Dieses .1 heißt eine Verhaltensstörung im Rahmen der Intelligenzminderung, die einen Behandlungsbedarf hervorruft. Also, es geht nicht um das leicht intelligenzgeminderte Kind ohne relevante behandlungsbedürftige Verhaltensstörungen. Das ist ein Kind wie jedes andere auch. Es beschreibt einfach nur die Intelligenz und mehr nicht. Die Intelligenz ist ja nichts Krankes. Aber, wenn .1 dabei ist, also die Verhaltensstörung mit Behandlungsbedarf, ist es diese Klientel mit beispielsweise schwersten Stereotypien, bei denen sich die Kinder die Lippen aufbeißen oder verstümmeln oder dabei schwersthyperaktiv sind. Dies nur als zwei Beispiele.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Es hat sich noch Herr Professor Romanos dazu gemeldet.

Herr Prof. Dr. Romanos (DGKJP): Vielen Dank. – Ich möchte zu Frau Klein und der vorherigen Rednerin dahingehend ergänzen, dass das auch das Klientel ist, das eklatant unterversorgt ist. Ich leite die Klinik am Greinberg. Das ist die einzige Klinik für Kinder mit genau dem Problem und Mehrfachbehinderungen in Bayern. Wir stellen fest, dass interdisziplinär unsere Strukturen hier versagen. Wir dürfen sie hier einfach nicht ausschließen. Das wäre ein Hohn. Ich möchte das so formulieren.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Gibt es zunächst einmal zu diesem Komplex noch Fragen oder Anmerkungen? – Dann hat sich die Patientenvertretung gemeldet. Bitte.

PatV: Danke schön, Frau Dr. Lelgemann. – Ich habe zwei Fragen. Zuerst an Frau Dr. Andrino: Und zwar haben Sie von der Notwendigkeit der barrierefreien Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit kognitiven Beeinträchtigungen gesprochen. Wir als Patientenvertreter setzen uns auch im Rahmen der Richtlinie PPP für die Personalausstattung in Krankenhäusern ein, die in der Richtlinie berücksichtigt werden soll.

Was meinen Sie mit dieser Barrierefreiheit? Ich denke, es könnten auch Eltern und Geschwister von kognitiven Beeinträchtigungen betroffen sein. Sie sind vielleicht nicht in der Lage, das kranke Kind mit dem Auto zu transportieren. Es müsste beispielsweise auch die aufsuchende Behandlung oder vielleicht auch Begleitung und Assistenz mit einbezogen werden.

Frau Dr. Andrino (CBP): Vielen Dank für die Frage. – Im Prinzip haben Sie es relativ gut erfasst. Mit „Barrierefreiheit“ im allgemeinen Sinne sind natürlich sowohl die Patienten als auch die Begleitpersonen, sowohl die Stufen als auch die Sprache gemeint.

Die Kommunikation findet im Allgemeinen leider nicht so statt, dass insbesondere Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene mit einer kognitiven Beeinträchtigung das verstehen können, weil weder Zeit noch adäquate Sätze dazu formuliert werden. Es gibt mittlerweile viele Hilfsmittel für die Unterstützung bei der Kommunikation wie Gebärdensprache und vieles mehr, was an vielen anderen Orten in dieser Gesellschaft ausgeübt wird. Das beginnt im Kindergarten et cetera, die man da hineinnehmen könnten. Insofern ist es so, dass die Kommunikation eine wertvolle und wichtige Maßnahme in diesem ganzen Kontext ist. Aber es gehören viele anderen Dinge zur Barrierefreiheit und natürlich auch die Assistenz im Krankenhaus, die gerade bei Jugendlichen häufig vergessen wird und gesetzlich möglich ist, ab dem 18. Lebensjahr ohnehin.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank.

PatV: Entschuldigen Sie, Frau Dr. Lelgemann, ich habe noch eine zweite Frage an Herrn Klitzsch, und zwar, was die stärkere Einbeziehung von Psychosomatik betrifft. Ich bin auch bei der Richtlinie PPP. Da gibt es auch eine Kontroverse über die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in den psychosomatischen Abteilungen. Im Prinzip sind da die Ärzte in der Psychosomatik nicht ausgebildet, Kinder und Jugendliche zu behandeln. Meinen Sie psychosomatische Abteilungen bei Kinder- und Jugendpsychiatrien oder auch Erwachsenenpsychosomatik? Denn das ist für mich etwas unklar. Es gibt auch verschiedene Meinungen von verschiedenen Verbänden. – Danke.

Herr Klitzsch (VPKD): Ich nehme gern dazu kurz Stellung. – Ich glaube, dass der Stand in den Krankenhausplanungen einfach nicht mehr ganz dem Versorgungsstand entspricht. Es gibt mittlerweile viele spezialisierte psychosomatische Abteilungen speziell für Kinder und Jugendliche, die auch klar von den Erwachsenenpsychosomatiken abgegrenzt sind. Das ist momentan Versorgungsrealität. Ich denke, die mit einzubeziehen, macht aufgrund ihrer Anzahl einfach Sinn. Ich denke, das wird Ihnen jeder, der in der Versorgung ist, bestätigen können. Es gibt einfach mittlerweile zahlreiche Abteilungen für Essstörungen, aber auch für anderen Settings gibt es Spezialsettings. Also, dort findet keine Behandlung in Erwachsenensettings statt. Das war ja damals die Anfrage vom G-BA, die ich zufällig auch kenne. Da ist natürlich auch Verwirrung durch die Fragestellung aufgekommen. Aber ich denke, man muss einfach sehen, dass es in der Versorgungsrealität mittlerweile sehr, sehr viele spezialisierte Angebote speziell für Kinder und Jugendliche gibt, in denen keine Erwachsenen mitbehandelt werden. – Ich hoffe, das beantwortet Ihre Frage.

PatV: Ja, danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich übergebe jetzt an den GKV-SV.

GKV-SV: Vielen Dank, Frau Lelgemann. Und auch herzlichen Dank an die Stellungnehmer für die differenzierten Rückmeldungen zu den verschiedenen Aspekten, die bei der Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche von Relevanz sind und wo von Ihnen auch viel Regelungsbedarf gesehen wird. Das hilft uns natürlich bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.

Wir haben uns gefreut, dass die Bundespsychotherapeutenkammer die Position der Patientenvertretung und des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 unterstützt hat.

Sie schreiben in Ihren Ausführungen, dass insbesondere auch nach § 118 SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigte Einrichtungen, mit denen in ihren Ambulanzen angestellten Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 an dieser Versorgung teilnehmen können. Sicherlich ist es ein zentraler Aspekt im Rahmen dieser Richtlinie, um die Vernetzung zu stärken.

Der Bereich, zu dem ich nun eine Frage habe, steht in Verbindung mit dem Thema Vernetzung. Konkret geht es um die Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Seitens der Bundespsychotherapeutenkammer wurde ja sehr stark kritisiert, dass für die Teilnahme an der KSV-Psych-Versorgung ein voller Versorgungsauftrag vorgesehen ist, wenn die Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise die Psychotherapeutinnen oder die Psychotherapeuten als Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte beziehungsweise Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten tätig werden wollen. – Das ist gar nicht so einfach heutzutage.

Die Zielsetzung, die damit verbunden ist, stellt auf die Erreichbarkeit von Praxen ab. Denn gerade diese vulnerable Patientengruppe muss natürlich einen einfachen Zugang zu ihren Bezugsärztinnen und Bezugsärzten beziehungsweise Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten haben. Der Umfang des Versorgungsauftrages ist dabei natürlich kein Garant für Erreichbarkeit. Aber größere Versorgungseinheiten verfügen in der Regel über eine bessere Erreichbarkeit.

Sicherlich ist Ihnen die Studie von Professor Linden et al. bekannt, der 2021 in Berlin versucht hat, 900 Praxen zu erreichen. Lassen Sie mich die Ergebnisse dieser Untersuchung kurz zitieren:

> *„Im Ergebnis waren 10 Prozent der angerufenen Psychotherapeuten mit den Informationen auf der KV-Homepage nicht erreichbar, weil die Telefonnummer falsch oder kein Anrufbeantworter angeschlossen war. Von den Therapeuten, die zu den von der KV angegebenen Sprechzeiten angerufen wurden, konnten 48,4 Prozent erreicht werden. Hier eingerechnet sind auch die Praxen, die die Terminvergabe durch Sprechstundenhilfen abdecken. Bei Anrufen außerhalb der auf der KV-Homepage vermerkten Informationen waren 19,3 Prozent der Therapeuten erreichbar. Auf den 582 Anrufbeantwortern der nicht direkt erreichten Therapeuten befanden sich bei 55,5 Prozent Ansagen zu Sprechzeiten. Dies beinhaltete auch jene 3,8 Prozent der Anrufbeantworter, die über aktuelle Urlaubs- oder Krankheitsabwesenheiten informierten, ohne dass die nächste Sprechzeit genannt wurden. Die restlichen Anrufbeantworter waren mit Ansagen über die Praxis besprochen, ohne die Sprechzeiten zu nennen. In den Fällen, in denen auf dem Anrufbeantworter eine Bitte um Rückruf hinterlassen wurde, erfolgte dieser in 36,6 Prozent der Fälle.“*

Sicherlich haben Sie eine Idee, worauf ich hinaus will. Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie sehen gemäß § 1 Absatz 8 für eine halben Versorgungsauftrag nur eine Erreichbarkeit von einhundert Minuten pro Woche vor. Meine Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer lautet daher: Wie kann eine angemessene Erreichbarkeit

für diese vulnerable Patientengruppe geschaffen werden, wenn ein Arzt oder eine Ärztin beziehungsweise eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nur 12,5 Stunden oder weniger beispielsweise im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses verfügbar ist?

Frau Metge (BPtK): Das war eine lange Einrede. Ich hoffe, ich übersehe jetzt nichts.

Es ist ja so, dass die Erreichbarkeit immer sichergestellt sein muss, egal, ob es eine halbe oder einer ganzer Versorgungsauftrag ist. Insofern sind auch Versorger, die einen halben Versorgungsauftrag haben, natürlich verpflichtet, gewisse Vorkehrungen zu treffen. Unsere Idee wäre, dafür eine Regelung aufzunehmen, dass beispielsweise Versorger, die an dieser Komplexbehandlung teilnehmen, eine telefonische Erreichbarkeit an vier von fünf Tagen anbieten. Diesbezüglich vielleicht noch mal eine dezidierte Regelunge zu schaffen, sehe ich unproblematisch. Ich denke, das kann durch die Leistungserbringer, wenn es klare Vorgaben gibt, auch eingehalten werden.

Hinzu kommt, dass gesagt wurde, dass Leistungserbringer mit hälftigen Versorgungsaufträgen sich mittlerweile in größeren Praxisstrukturen befinden, wo sich die Bedingungen, die Sie jetzt gerade zitiert haben, auch noch mal ein Stück weit verändert haben. Insofern wäre ich da optimistischer als Sie, mal davon abgesehen, dass es mehr als 900 niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gibt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Der GKV-Spitzenverband, bitte.

GKV-SV: Das ist, glaube ich, gar keine Frage des Optimismus. Sondern das ist eine Studie, die ich zitiert habe. Diese Studie stammt aus Berlin. Und dort sind 900 Praxen angerufen worden. Das einfach nur zum Hintergrund.

Aber ich finde, Ihre Idee ist durchaus ein Punkt, über den man nachdenken kann, ob man tatsächlich bei vier von fünf Tagen eine Erreichbarkeit festlegt. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Gibt es Ergänzungen oder Rückfragen zu diesem Punkt. – Frau Brauer, bitte.

Frau Brauer (BKJPP): Aus Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, dass wir gerade unter diesem Aspekt, das sehr befürworten, dass es dieses neue Konzept gibt, nämlich ein Netzwerkkonzept, sodass genau diese Problematik der Erreichbarkeit möglichst im Interesse der Patienten innerhalb dieser Verbunde gelöst werden muss. Das heißt: Die Einbindung von den Kinderpsychiatern, den Kliniken und den PIAs, was ich vorhin schon gesagt hatte, und zu ermöglichen, dass man auch gut erreichbar ist, nicht immer der niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeut, aber im Netzverbund muss die Erreichbarkeit gewährleistet sein.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Wir haben noch eine Meldung von Frau Cosanne.

Frau Cosanne (DVSG): Ich möchte vielleicht nur kurz ergänzen: Möglicherweise ist es auch interessant, die Erreichbarkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes in diesem gesamten Vernetzungskonzept mitzuberücksichtigen und ebenfalls die Ideen, die Herr Greve, bezogen auf die gemeindepsychiatrische Versorgung, genannt hat. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Jetzt habe ich zu diesem Punkt noch eine Wortmeldung von Frau Klein und dann von Herrn Greve.

Frau Dr. Klein (BAG KJPP): Ganz kurz zu Frau Cosanne: Der Sozialpsychiatrische Dienst ist für Kinder und Jugendliche nicht zuständig. Das ist gesetzlich nicht geregelt. Genauso wie es meines Wissens keinen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst gibt. Ich habe davon nie gehört.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herr Greve, bitte.

Herr Greve (DV Gemeindepsychiatrie): In der Praxis, die ich aus 30 Berufsjahren kenne, sind weder niedergelassene Ärzte noch niedergelassene Psychotherapeuten rund um die Uhr erreichbar. Und das will auch niemand. Ich würde eher etwas ketzerisch sagen: Psychotherapeuten mit einem halben und Psychotherapeuten mit einem ganzen Versorgungsauftrag, wenn man 24 Stunden an sieben Tage bedenkt, sind nicht weit genug auseinander. Deswegen sind wir auch der Meinung, dass das eine Unterscheidung ist, die nicht viel bringt. Abgesehen davon, dass viele Psychotherapeuten sich inzwischen in Mehrpersonenpraxen zusammentun. Es geht dann gar nicht um den Versorgungsauftrag des Einzelnen.

Schließlich bin ich zurecht zitiert worden. Ich glaube, eine jederzeitige Erreichbarkeit auch in Krisen ist besser über Verbünde der Beteiligten herzustellen, die dann bessere Möglichkeiten haben. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Greve. – Ich habe jetzt mehrere Wortmeldungen. Meine Frage an den GKV-SV: Bezieht sich das auf denselben Sachverhalt oder ist das eine neue Frage?

GKV-SV: Auf denselben Sachverhalt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Dann haben Sie das Wort. Denn ich glaube, die Patientenvertretung hat andere, neue Fragen. – Bitte, GKV-SV.

GKV-SV: Wir hatten eben gehört, dass es sehr wichtig ist, dass insbesondere Kinder und Jugendliche dort keine wechselnden Bezugspersonen haben. Das war ein Argument – ich weiß nicht mehr, von welchem der Teilnehmer – gegen den Einbezug von PIAs.

Jetzt haben sich eben mehrere dafür ausgesprochen, dass es überhaupt kein Problem ist, wenn innerhalb eines Netzverbundes die Erreichbarkeit sichergestellt werden kann. Dazu ist jetzt meine Frage: Wie passt das zusammen? Denn wir haben bei der Erreichbarkeit dann auch wieder unterschiedliche Ansprechpartner.

Mich würde es auch von der Wertigkeit interessieren. Was ist jetzt aus Ihrer Sicht bei dieser speziellen Personengruppe wichtiger? Die Erreichbarkeit oder die kontinuierliche Bezugsperson? – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Eine immer erreichbare Bezugsperson. Aber das beantwortet die Frage nicht. Wer möchte diese Frage beantworten? – Herr Greve, ich glaube, Sie hatten sich gemeldet.

Herr Greve (DV Gemeindepsychiatrie): Ich muss einschränkend sagen, dass ich nur ein Erwachsenenpsychiater bin. Aber ich glaube, an dieser Stelle ist der Unterschied nicht so groß. Eine jederzeitige Erreichbarkeit der jeweils individuellen führenden Bezugsperson gibt es nicht.

Wenn man aber tatsächlich, wie wir das als Ideal gerne verfechten möchten, Hilfen – in der Regel mehrere, mehrdimensionale Hilfen – ohnehin im Verbund organisiert, dann sind meistens diejenigen, die nachts, am Wochenende oder zu sonstigen ungünstigen Zeitpunkten erreicht werden, den Betreffenden schon bekannt. Oder kurz zusammengefasst: Eine jederzeitige Erreichbarkeit kann man eigentlich normalerweise nur in kleinen Teams sicherstellen. Das ist meine Berufserfahrung. Das können entweder Teams von Einrichtungen sein wie beispielsweise eine Praxis, wo natürlich dann die Patienten nicht immer den jeweiligen Diensthabenden kennen oder im Verbund aller Hilfen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Greve. – Jetzt habe ich Wortmeldungen von Herrn Borchers, Herrn Harfst, Frau Brauer und Frau Klein.

Herr Borchers (DPtV): Ich glaube, man hat hier etwas ein bisschen durcheinandergebracht. Also: Die Erreichbarkeit soll zunächst mal auch schon zur Terminvereinbarung gewährleistet sein. Das ist ja ein großer Unterschied. Also, die Patienten selbst oder auch die Eltern, denen muss gewährleistet sein, dass sie entsprechende Praxen, die an der Richtlinie teilnehmen, erreichen. Das ist, glaube ich, auch durch Netzverbünde gewährleistet. Dort erreiche ich ja niemals meinen direkten Therapeuten. Das will auch die vom GKV-SV zitierte Auflage in der Psychotherapie-Richtlinie nicht. Es geht dort um die telefonische Erreichbarkeit zur Terminvereinbarung.

Mein Hinweis auf die Behandlerkontinuität ist etwas ganz anderes. Da geht es nicht darum, dass ich immer dieselbe Sprechstundenhilfe erreiche, die mir meinen Termin gibt. Da geht es darum, dass ich möglichst als schwer Erkrankter im Laufe der Behandlung denselben Kinder- und Jugendpsychiater oder denselben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor mir sitzen habe. Das ist aber etwas ganz anderes.

Ich glaube, wir müssen hier unterscheiden zwischen dem Zugang, dem Erstzugang auch der schwer erkrankten Patienten. Da muss sicherlich die Erreichbarkeit der Praxen gestaltet werden. Ich glaube, das ist dadurch gewährleistet, auch wenn es hier kleine Einheiten sind – es sind ja keine großen Netzverbünde wie bei der Erwachsenen-Richtlinie –, weil sich die Teilnehmer dazu praktisch selbst verpflichten, dass sie erreichbar sind, zugänglich sind für die schwer erkrankten Patienten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Borchers. – Jetzt habe ich Herrn Harfst.

Herr Harfst (BPtK): Herr Borchers hat es schon ein bisschen adressiert. Diese unterschiedlichen Formen von Erreichbarkeiten, die in den verschiedenen Kontexten relevant sind, für Patienten während der Behandlung, aber natürlich auch für die anderen an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufe, über die ärztlichen Kollegen, über beteiligte Einrichtungen, für die muss natürlich eine Erreichbarkeit während der Behandlung entsprechend sichergestellt sein. Das ist etwas völlig anderes, als die Frage der telefonischen Erreichbarkeit zur Terminvereinbarung. Auch da ist es sicherlich für einen schnellen Zugang wichtig, kurzfristige Erreichbarkeitsmöglichkeiten sicherzustellen.

Das, was auch mit der Studie, die der GKV-SV zitiert hat, adressiert wurde, ist ja genau dieser Teil, dieses Erstkontaktes von außen. Das ist aber etwas anderes als die Frage der Erreichbarkeit von Patientinnen und Patienten, die bereits in Behandlung sind. Da realisieren Psychotherapeuten auch in ganz anderer Weise, dass kurzfristig die Erreichbarkeit gewährleistet ist. Wenn Patienten in Krisen sind, dann sind sie telefonisch erreichbar. Es gibt klare Absprachen dazu. Das muss man einfach sehr sauber unterscheiden, worum es hier jeweils dabei geht.

Die Frage der Erreichbarkeit für den ersten Zugang – da hatte ja Frau Metge skizziert, wie man das adressieren könnte – und davon losgelöst ist die 24/7-Erreichbarkeit in den Notfällen, die aber, wie gesagt, häufig innerhalb der Therapien schon mit den Patienten besprochen wird und das unterschiedlich gelöst wird, je nachdem welche Möglichkeiten für die einzelnen Psychotherapeuten dort auch bestehen. Ob sie das selber dann realisieren, dass sie wissen, das ist jetzt ein Patient, der ist in einer Krise und da müssen sie sicherstellen, dass er kurzfristig kontaktiert werden kann und einen Termin vereinbaren kann.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Harfst. – Ich habe jetzt eine Meldung vom GKV-SV direkt für eine Rückfrage zu Herrn Harfst. GKV-SV, bitte.

GKV-SV: Ich finde es ganz interessant, wie Sie jetzt zwischen Erstkontakt und weiteren Kontakten differenzieren. Ich glaube, wir müssen uns schon auch darüber im Klaren sein, dass wir hier in der Versorgung eine Komplexversorgung einführen wollen, wo die Wege der Kommunikation nicht immer so klar vorgeschrieben werden können, wie wenn wir ein Netzverbund hätten.

Also, gerade bei dieser Kinder- und Jugendlichen-Richtlinie ist es ja nicht vorgesehen, dass man gesonderte Kommunikationswege aufbaut. Sondern es eben genau der Fall, dass es sein kann, dass man schauen muss: Welche Telefonnummer steht im Internet? Und wie kann ich diesen Psychotherapeuten erreichen? Denn er behandelt den gleichen Patienten, den ich auch als Psychiater behandle. Ich meine, das sind übrigens Regelungen, die nicht nur Psychotherapeuten betreffen. Das betrifft ja alle Arztgruppen.

Von daher, glaube ich, ist es schon wichtig, dass wir uns hier noch mal vor Augen führen: Klar, es geht um den Erstkontakt. Es geht aber auch um die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer. Und es geht auch um Krisenzustände von Patienten, wo schnelle Hilfe gewährleistet sein muss. Wenn ich dann lese, dass in dieser Studie eine Rückrufquote von nur 30 Prozent stattgefunden hat, dann mache ich mir tatsächlich Sorgen um die Erreichbarkeit. Das ist auch der Grund, weshalb ich das hier in diesem Gremium noch mal aufgedeckt habe.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, GKV-SV. – Ich habe jetzt zunächst Frau Brauer und dann Frau Klein.

Frau Brauer (BKJPP): Ich wollte noch mal eine Lanze für die Erreichbarkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder auch anderen Teilnehmern in diesem Verbünden brechen. Wer die reale Situation von den Familien oder auch den Kindern und Jugendlichen, die schwer erkrankt sind, kennt, der weiß, dass es für die ungemein wertvoll ist, überhaupt zu wissen, dass es mehrere Ansprechpartner gibt und dass es nicht immer der Psychotherapeut sein muss, der erreicht werden soll. Sondern es wird das Wesen sein oder es wird wichtig werden, dass dann immer auch in den Teamgesprächen, in der Fallplanung, das mit aufzunehmen, wer wie und wann für den Patienten erreichbar ist. Im Moment haben diese Patienten fast gar keine Möglichkeit, jemanden zu erreichen. Das muss ich einfach so sagen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Klein, bitte.

Frau Dr. Klein (BAG KJPP): Ich würde einfach noch ergänzen wollen: Ich sehe das wie meine Vorrednerin. Es wird wichtig sein, aufzuzeichnen, wer wann wie erreichbar ist. Ansonsten: Die Institutsambulanzen, da war eben die Frage: Was ist wichtiger? Die sofortige Erreichbarkeit oder Behandlerkontinuität? Ich bin mir sicher, dass es vom Fall, der Dringlichkeit und der Situation abhängig ist.

Wenn ich meinen Therapeuten eine Woche nicht erreiche, weil er im Urlaub ist, und es ist aber trotzdem dringlich, muss ich jemand anderen erreichen können. Beispielsweise in der Institutsambulanz werden Sie jeden Tag, Montag bis Freitag, jemanden erreichen. Da wird in der Regel auch ein Psychotherapeut oder Arzt sein, der für den Tag den Notdienst in der PIA hat und am selben Tag oder am Tag darauf ein Gespräch anbieten kann, falls der Bezugstherapeut nicht anwesend ist. Ist der Bezugstherapeut anwesend, macht er es natürlich selbst.

Ich denke, es geht darum, dass man ein System hat, wo gerade diese Jugendlichen, Kinder mit komplexen Störungsbildern – und da ist oft die Not groß, wenn sie anrufen –, wo sie einfach jemanden erreichen und Gehör finden und dann einer Lösung zugeführt werden. Es ist nicht so, dass es immer dieselbe Person sein muss. Sie darf natürlich auch nicht jeden Tag wechseln. Das ist auch klar. Aber ich würde es sehr fallbezogen betrachten.

Für die Erstterminvereinbarung wäre eine gewisse Erreichbarkeit ganz sinnvoll. Ich denke, dass das auch lösbar sein müsste. Das haben auch die Vorredner gesagt. Die

Bundespsychotherapeutenkammer hat auch schon gesagt, dass sie da Lösungen sehen. Das würde ich dann unterstützen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann habe ich jetzt Frau Dr. Andrino.

Frau Dr. Andrino (CBP): Ich wollte noch gerne ergänzen, dass insbesondere für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit kognitiven Beeinträchtigungen neben der Nicht-Ersterreichbarkeit und der Schwierigkeit, überhaupt einen Erstkontakt zu haben, tatsächlich das Hauptproblem darin besteht, dass sie die Antwort bekommen: Wir sind nicht zuständig für diese Patientengruppe. Das ist noch mal eine eklatante Zusatznote. Das wollte ich zumindest anmerken.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich würde jetzt diesen Themenkomplex schließen und neue Fragen zulassen wollen. Oder haben Sie noch etwas zu diesem Punkt, Herr Professor Romanos?

Herr Prof. Dr. Romanos (DGKJP): Vielen Dank. – Ich hätte noch einen Satz: Der stationäre Sektor ist ja die letzte Wiese. Und wir sprechen hier von den Patienten, die auch einen Großteil der Notaufnahmen ausmachen, die mittlerweile auch den Großteil der stationären Aufnahmen überhaupt ausmachen. Wir müssen es einfach berücksichtigen, dass wir den Bereich dann als Ausfallbürgschaft für die Versorgung nicht im Dunkeln lassen dürfen. Sondern wir müssen ihn a priori mit in die Logik mit einbeziehen. Insofern hat die Diskussion noch mal deutlich gezeigt, dass wir hier diese Lücke zwischen ambulanten und stationären Sektor schließen müssen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank – Jetzt ist die Patientenvertretung dran.

PatV: Ich wollte noch einmal auf einen Punkt zurückkommen und gerne Frau Klein ansprechen: Wir haben hier mehrfach darauf hingewiesen oder es ist erwähnt worden, wie wichtig gerade bei diesen schwierigen Kindern und Jugendlichen die Behandlungskontinuität ist, die Stabilität und die Belastbarkeit der Behandlungsbeziehung. Können Sie solche Konzepte in der PIA beziehungsweise in der Klinik sicherstellen? Oder sagen Sie, dass da der Behandlungsbedarf so akut ist, dass das nicht das hauptdringliche Ziel ist? – Danke schön.

Frau Dr. Klein (BAG KJPP): Ich würde sagen, beides. Primär wird sichergestellt, dass auch bei in der PIA behandelten Patient:innen eine Behandlungskontinuität da ist, dass es einen Hauptbehandler gibt. Nur wenn der ausfällt und aber eine Dringlichkeit vorliegt – Patient steht in der PIA und braucht sofort einen Kontakt; das ist ja auch etwas, was eine PIA dann anbietet –, dann springt jemand anderes ein.

In einer PIA gibt es in der Regel täglich Teambesprechungen, Fallbesprechungen. Und gerade diese ganz schwierigen Patienten – wir sprechen hier ja immer von der Spitze des Eisbergs – sind auch den PIA-Leitungen bekannt. Diese PIA-Leitungen sind dann auch noch in der Lage zusätzlich mitzuversorgen. Wir haben ja auch Übergabesysteme.

Also, was ich damit sagen will: Sie werden bei 90 Prozent dann eine Behandlungskontinuität hinbekommen. Bei zehn Prozent werden es andere PIA-Mitarbeiter für einen Einzelkontakt übernehmen, aber nicht für die Gesamtbehandlung. In der Gesamtbehandlung ist einer zuständig, eventuell noch durch die PIA-Leitung im Backup.

Im vollstationären Bereich haben wir tatsächlich immer Veränderungen. Wir müssen auch eine Weiterbildung gewährleisten. Ein Assistenzarzt bleibt in der Regel vier bis fünf Jahre in einer Klinik, wenn er denn alles in einer Klinik macht. Wir freuen uns auch, wenn jemand die Weiterbildung zum Teil in Praxen macht. In dem Fall ist ein Assistenzarzt auch ein bisschen kürzer in der Klinik.

Wir haben auch Psychotherapeuten in Ausbildung. Psychotherapeuten, die auch dann später mal in einer Weiterbildung sein werden. Da ist die Klinik eben auch Ausbilder. Das liegt in der Natur der Sache. Es können nicht alle Oberärzte und Fachärzte sein, die alle Behandlungen übernehmen. Dann würde unser Fach auch aussterben, weil wir nicht mehr weiterbilden können. Da stoßen dann quasi die Probleme aufeinander.

Und wenn es im Notfallmodus ist, dass aufgenommen wird, dann kann man tatsächlich nicht garantieren, das immer derselbe Therapeut – wir sagen Therapeut, meinen Psychotherapeut oder Arzt – den jungen Menschen behandelt. Wenn es aber möglich ist, wird es in jedem Fall so gemacht, dass der schon bekannte Therapeut auch seinen Patienten behandelt. Das lässt sich aber nicht garantieren.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Klein. Ich glaube, das ist sehr gut deutlich geworden. – Jetzt noch einmal die Patientenvertretung.

PatV: Ich komme auch noch mal auf diese Ambulant-Stationär-Frage zurück: Herr Romanos hat es gerade gesagt, eine Lücke zu schließen, die es im Moment durch diese strikte Trennung zwischen Bezahlung ambulant, stationär gibt. Mich würde interessieren, in welchen Punkten man die Lücke schließen kann? Und womit können wir die Lücke schließen?

Es gibt beispielsweise die Frage: Da ist ein Patient, der meinetwegen in einer WG wohnt, der ist chronisch suizidal, kommt immer wieder in die Klinik, oder für zwei Tage, geht in die Ambulanz und hat eine ambulante Psychotherapie. Oder es gibt in der Klinik Skills-Training, die es in der Ambulanz nicht gibt, aber trotzdem auch eine ambulante Psychotherapie. Also: Mich würde interessieren, wie man das denn handhaben könnte.

Ein Vorschlag war vorhin sehr konkret, dass man sagt: Die probatorischen Sitzungen können schon in der Klinik stattfinden, wenn der Patient noch in der Klinik ist. Trotzdem macht es dann der ambulante Behandler. Das wäre so eine Schließung einer Lücke oder einer möglichen langen Lücke. Wenn ein Patient entlassen wird, dauert es immer ziemlich lange, bis dann eine ambulante Behandlung folgt.

Also, mich würden Beispiele interessieren, in welcher Form man etwas finden könnte, wo man diese prinzipielle Trennung zwischen Finanzierung der Ambulanz und der Klinik schließen könnte, also dass man nicht eine prinzipielle Regelung macht, dass alles gleichzeitig bezahlt wird. Aber was wären vielleicht Beispiele? Die Frage geht an Herrn Romanos oder auch an die anderen.

Herr Prof. Dr. Romanos (DGKJP): Ich kann gerne mal eine Versuch starten. – Sie fragen mich jetzt sozusagen, wie wir das dicke Brett bohren, die Sektorengrenzen komplett aufzuweichen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Genau. Das kann doch nicht so kompliziert sein. (LACHT)

Herr Prof. Dr. Romanos (DGKJP): Genau. Ich versuche es mal. – Ich bin natürlich kein Jurist. Manche Punkte muss ich Ihnen schuldig bleiben. Aber Sie haben natürlich vollkommen recht. Es gibt eine enorme fachliche Notwendigkeit.

Sie nach Beispielen gefragt. Es gibt beispielsweise die Situation, dass in der Versorgung von komplex betroffenen Patientinnen und Patienten nicht jede Praxis eine umfassende Autismus-Diagnostik vorhalten kann. Wir haben in unserer Institutsambulanz zehn bis dreizehn Termine, um eine Autismus-Diagnostik abzuschließen. Das ist nicht abbildbar.

Wir können auch nicht alle, die wir diagnostizieren, weiterbehandeln. Vielen von ihnen haben immer wieder Situationen, in denen wir eine stationsnahe Behandlung brauchen, wo wir versuchen, stationäre Aufnahmen zu verhindern.

Wir haben Selbstverletzer. Patientinnen und Patienten, die sich chronisch selbst verletzen, die immer wieder in suizidale Krisen geraten und teilweise zehnmal, zwanzigmal im Jahr zu Kriseninterventionen auf Station kommen.

Herr Beck ist jetzt hier mit in der Runde. Er ist Leiter vom Sankt Joseph-Heim in Würzburg. Einmal in der Woche muss dort ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Patienten behandeln, unterstützen, dass die Jugendhilfe funktioniert. Und trotzdem haben wir immer wieder krisenhaft einzelne Tage.

Genauso brauchen wir Netzwerke, die diese komplexen Patienten im ambulanten System tragen können, aber eng vernetzt sind durch gemeinsame Fallbesprechungen, durch gemeinsame Interventionen, durch intensive Absprachen, die im Augenblick nirgendwo hinterlegt sind.

Die Problematik dabei ist natürlich: Wir haben eine Krankenhausfinanzierung; wir haben ein KV-System. Die Frage, wie das zu lösen ist, gebe ich tatsächlich gerne wieder an die Juristen zurück. Denn da wage ich mich nicht auf zu dünnes Eis.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Ich glaube, das ist uns allen klar, wie komplex und schwierig das ist. – Frau Cosanne, Sie haben sich noch mal gemeldet.

Frau Cosanne (DVSG): Danke schön. – Ich habe das so verstanden, dass von allen hier Impulse willkommen sind. Deswegen sind ja auch viele eingewählt.

Ich glaube, dass Komplexleistungen auch in der Finanzierung sinnvoll sind, um im Bedarfsfall – genau wie diese Richtlinie gemeint ist – auch übergreifend, also Grenzen-übergreifend sage ich jetzt mal, tätig werden zu können. Beispiele dafür sind aus meiner Sicht eine tatsächliche multidisziplinäre Zusammenarbeit und eine gleichzeitige Erbringung von Leistungen, gerade bei dieser Zielgruppe von schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen, wenn gleichzeitig Kolleginnen und Kollegen aus dem psychotherapeutischen Bereich, Medizinbereich und beispielsweise der sozialen Arbeit oder psychiatrischen Krankenpflege tätig sind. Dann wäre durch eine gute Zielorientierung gemeinsam abzustecken: Wer kann motivierende Arbeit leisten? Wer kann sich mehr auf das Empowerment konzentrieren? Und wer kann vorwiegend die biomedizinische Ebene im Blick behalten? Also, dass man eine echte kompetenzbasierte und bedarfsgerechte Komplexleistung daraus macht. Das ist sicherlich nicht einfach. Aber das ist ein Impuls.

Das andere ist: Ich würde den G-BA bitten, noch mal – falls Sie es wünschen, kann ich Ihnen dazu auch einen Link geben – zu schauen, ob beim sozialpsychiatrischen Dienst tatsächlich – die sind zwar vorwiegend für erwachsene Personen da, das sagte eine Kollegin vorhin – die Beratung von Kindern und Jugendlichen in Kriseninterventionen stattfindet.

Wir haben auch gesehen, dass die Richtlinie im Einzelfall auch nicht im Alter von 18 Jahren enden muss. Das ist auch noch ein zu diskutierender Bereich. Weil der Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen, und von jedem Menschen, auch unterschiedlich ist und nicht immer dem biologischen Alter entspricht, wäre zur Vermeidung von Schnittstellen es auch sinnvoll, im Sozial- und Gesundheitswesen zu schauen: Welche Probleme sind denn bekannt, und wie kann man die lösen? Stichpunkt seelisch behinderte Menschen, wo es oft darum geht, zu schauen, wer zuständig ist. Vielleicht gibt es Möglichkeiten, auch trägerübergreifend Vereinbarungen zu treffen, die es ja in anderen Reha-Trägerbereichen auch gibt. – Vielleicht so viel, von mir. Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich muss auch sagen, ich würde gerne allmählich zum Ende dieser Anhörung kommen wollen.

Es gibt nämlich auch immer mehr Menschen, die sich hier verabschieden. Das nehme ich auch als Signal dafür, dass dann die Zeit erreicht ist. Zumal wir hier im Raum gefühlte 28 Grad haben

und im wahrsten Sinne des Wortes allmählich gekocht werden. Das wissen Sie da draußen nicht. Dafür können Sie auch nichts. Aber dann erlahmen unsere Kräfte.

Ich habe jetzt hier noch zwei Wortmeldungen, nämlich einmal von Frau Dr. Andrino und von Herrn Krebs. Ich würde dann eigentlich ganz gerne die Rednerliste schließen wollen. – Frau Andrino, bitte.

Frau Dr. Andrino (CBP): Vielen Dank. – Weil wir ja darüber sprechen, dass wir insbesondere Patienten haben, die an vielen Stellen bekannt sind, weil sie sich an vielen Stellen zu unterschiedlichen Tageszeiten einfach Hilfe holen müssen:

Ein Blick nach Europa zeigt, dass das Netzwerk dadurch leben kann, dass wir digital miteinander verschaltet sind. Was wir jetzt machen, können wir auch bezüglich der Patienten, die miteinander sprechen, kurz sich melden und sagen: Ich habe hier eine Patientin, einen Patienten. Können wir kurz darüber sprechen?

Plus: Wir haben auch Patienten, die zunehmend im Kinder- und jugendlichen Alter sehr gut mit diesen Medien umgehen können und sich gerne auch auf dieser Basis mit uns in Kontakt setzen würde. Wenn man das noch mit hinein nimmt, ist das nicht nur sparsam, was die Zeit anbelangt, sondern auch was die Ressource des Personals angeht. Das sollten wir unbedingt mitbedenken.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für den Hinweis, Frau Andrino. – Dann habe ich jetzt Herrn Krebs.

Herr Dr. Krebs (PIBB): Ich habe nur eine ganz kurze Anmerkung: Ich würde dringend dafür plädieren, falls man eine Behandlung während des stationären Aufenthalts im ambulanten Sektor in Betracht zieht, das nicht so zu formulieren, dass das im Krankenhaus stattfindet. Das wird de facto außer über die PIA, glaube ich, bei Hausbesuchsquoten, selbst bei Hausärzten von unter 50 Prozent nicht stattfinden. Sondern, dass während des stationären Aufenthalts ein Kind, ein Jugendlicher in die Praxis kommen kann.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Allerdings haben wir dann ein Versicherungsproblem. Also, es ist alles nicht so ganz einfach. – Jetzt habe ich eine abschließende Wortmeldung von Herrn Harfst.

Frau Klein, nur wenn es ganz dringend ist. Wegen der 27 Grad, der fortgeschrittenen Zeit und unserer Ermattung. Frau Klein, wollen Sie zuerst und dann Herr Harfst?

Frau Dr. Klein (BAG KJPP): Ich würde gerne zuerst. Denn es passt gerade zu meinem Vorredner. – Umgekehrt ist es noch mal wichtig zu sagen, dass es auch um Leistungen geht, wo das Krankenhaus oder Mitarbeiter des Krankenhauses in Praxen gehen können, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. Bitte auch so herum denken und nicht nur, dass während eines Krankenhausaufenthaltes schon der ambulante Behandler dazukommen kann ins Krankenhaus.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank dafür, dass wir das in beide Richtungen denken sollen. – Herr Harfst, Sie haben jetzt die Möglichkeit, aber auch die Bürde der letzten Worte.

Herr Harfst (BPtK): Es ist in der Erwachsenen-Richtlinie auch eigentlich ein gutes Beispiel dafür, dass das so gehen kann, bei den versicherungsrechtlichen Problemen, die da genannt werden. Im Rahmen von Belastungserprobungen ist es ganz umgänglich, dass Patienten das Krankenhaus auch verlassen, um während der Krankenhausbehandlung die Praxis aufzusuchen. Es ist, glaube ich, wirklich ein Element, was hilft, hier eine bessere Verzahnung

und auch eine nahtlose Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt hinzubekommen.

Die Frage der PIAs ist vorhin noch angeklungen. Da wäre es natürlich tatsächlich so: Wenn auf Leistungen aus den PIAs während der ambulanten Versorgung, wenn Patienten nicht direkt aus dem Krankenhaus kommen, sondern einfach ambulant versorgt werden, zugreifen kann, wäre das aus unserer Sicht ein wichtiger Punkt. Dafür müsste man an die Vereinbarungen zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen ran, an den Ausschluss, der dort teilweise formuliert ist und der von den Krankenkassen unterschiedlich gelebt wird. Es gibt durchaus Fälle, wo eine parallele Behandlung in einer PIA und in der vertragsärztlichen Versorgung auch ermöglicht wird. Das sollte eigentlich gerade für diese Patientengruppe, über die wir sprechen, regulär der Fall sein.

Abschließend hätte ich noch einen kleinen Punkt, auf den wir in unserer Stellungnahme nicht eingegangen sind, aber der vielleicht noch mal eine Relevanz für die Patientensouveränität und die freie Wahl der Entscheidung haben kann. Es geht da um die Frage, ob die Rolle der Bezugspsychotherapeuten eingeschränkt wird, wenn bestimmte somatische Komorbiditäten vorliegen oder eine Arzneimitteltherapie mit entsprechenden Veränderungen gegeben ist.

Wir haben hier einen Vorschlag vorliegen, wo wir ein Tandem haben aus Kinder- und Jugendpsychiater:innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen, sodass an der Stelle immer ein intensiver Austausch gewährleistet ist. Es gibt eigentlich keinen Anlass, hier jetzt eine Eingrenzung vorzunehmen und die Patienten darin einzuschränken, wen sie als Bezugspsychotherapeut:in oder Bezugs:ärztin wählen.

Insofern würden wir dafür plädieren, auf diesen Vorschlag des GKV-SV zu verzichten, hier eine Eingrenzung vorzunehmen, zumal es dann bei den somatischen Behandlungen wiederum in der Regel noch mal ein anderer Leistungserbringer ist, der da eingebunden wird. Und man hat, wie gesagt, das Team, wo die Expertisen kontinuierlich versammelt sind. – Vielen Dank. Ich wünsche viel Erfolg für die Richtlinie.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen, vielen Dank. – Vielen, vielen Dank für Ihre Stellungnahmen, für die gute, präzise Diskussion, für die Teilnahme an dieser mündlichen Anhörung. Wir sind auch ein bisschen erleichtert, dass wir grundsätzlich doch viel Zustimmung erfahren haben. Das ist ja nicht immer der Fall. Also, von daher freuen wir uns darüber.

Ich wünsche Ihnen einfach einen guten Tag. Machen Sie es gut. Wie gesagt, im Namen des gesamten Unterausschusses noch einmal unser Dank für die schriftlichen Stellungnahmen, für das Durcharbeiten durch die vielen verschiedenen Formulierungen und für die Teilnahme an dieser mündlichen Anhörung. Machen Sie es gut.

Schluss der Anhörung: 15:05 Uhr

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Vom 21. März 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. März 2024 folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

Intern

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

(KJ-KSVPsych-RL)

Inhalt

Beschlussentwurf ... 1

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ... 1

A. Allgemeines ... 3

§ 1 Zweck und Versorgungsziele ... 3

§ 2 Definition der Patientengruppe ... 4

§ 3 Transition ... 5

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 6

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ... 8

§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten ... 10

§ 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung ... 11

B. Patientenversorgung ... 14

§ 8 Zugang ... 14

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ... 14

§ 10 Gesamtbehandlungsplan ... 15

§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs ... 16

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ... 17

C. Evaluation ... 18

§ 13 Evaluation ... 18

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung(im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten, im Folgenden: stationären Versorgung, und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGBs) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kindertagesstätte, Schule und Ausbildungsstätte).

(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:

1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die insbesondere schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen, und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme sowie eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.

7. Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Förderung einer schnittstellenübergreifenden Kooperation und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz mit konkreten Teamstrukturen und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung,
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.

§ 2 Definition der Patientengruppe

(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.

(2) Zur Bestimmung der psychischen Erkrankung und des Ausmaßes der Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) zu verwenden. Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn

1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) oder F7x.1 des ICD-10-GM,
2. mindestens ein psychosozialer Umstand aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS und

3 mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß den Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS

gegeben sind.

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen notwendig ist.

(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.

§ 3 Transition

(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit dem Patienten und der Patientin sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.

(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen:

1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten.
2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen.
3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen.
4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder dem weiterbehandelnden Psychotherapeuten durch.
5. Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 Absatz 2 koordiniert.

(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Hilfe- und Unterstützungssysteme für Erwachsene außerhalb des SGB V, wie beispielsweise die Rehabilitation, das soziale Entschädigungsrecht gemäß SGB XIV, die Teilhabe gemäß SGB IX, die Teilhabe am Arbeitsleben sowie Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben, berücksichtigt werden.

(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.

(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein patientenbezogener oder patientenübergreifender strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) und
4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen entsprechend den in § 4 Absatz 2 und 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 4. Januar 2024 und in Kraft getreten am 1. April 2024 festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen entsprechend den in § 3 Absatz 2 und 4 Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 4. Januar 2024 und in Kraft getreten am 1. April 2024 festgelegten Anforderungen.

(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, dass die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Angaben gemäß Absatz 8 zugestimmt wird. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.

(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 und eine nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 zur Koordination gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3 als patientenindividuelles zentrales

Team, im Folgenden: Zentrales Team, zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 Buchstabe a sowie nach § 10 Absatz 1. Das Zentrale Team stellt sicher, dass eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten besteht.

(4) Bei Bedarf kann zur Adressierung der Versorgungziele nach § 1 ein patientenindividuelles Erweitertes Team mit den in Absatz 5 oder Absatz 6 Genannten, im Folgenden: Erweitertes Team, gebildet werden.

(5) Folgende Leistungserbringer des SGB V können einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:

1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,
2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V,
3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V,
4. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und
5. im Rahmen der Transition: Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Soziotherapie mit einer Zulassung nach § 132b SGB V.

(6) Mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Akteuren wird eine Zusammenarbeit angestrebt. Es werden daher ebenfalls für das Erweiterte Team je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. Jugendämter,
5. Öffentlicher Gesundheitsdienst,
6. Einrichtungen der Jugendhilfe,
7. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kindertagessstätten,
8. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen,
9. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
10. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
11. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
12. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige,
13. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten und
14. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung.

(7) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 i.V.m. Absatz 2 und deren Erreichbarkeitszeiten bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis quartalsweise in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben haben, sollen diese der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V zur Verfügung gestellt werden.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie oder er gewährleistet die erforderliche Beziehungsstabilität für insbesondere psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie oder er trägt die Verantwortung für das erforderliche, dem Gesamtbehandlungsplan entsprechende Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.

(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis Nummer 4 definierten Fachgruppen an. Sie oder er ist Teil des Zentralen Teams nach § 4 Absatz 3 und überträgt gemäß § 6 die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3, an eine nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6.

(3) Die Ärztin oder der Arzt und die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die beabsichtigen, in einem Zentralen Team nach § 4 Absatz 3 zusammenzuwirken, legen jeweils patientenindividuell fest, wer die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.

GKV-SV/KBV/DKG	PatV
	(4) Ist ein Krankenhaus gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt, können dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fachgruppen nach § 4 Absatz 1 Bezugsarzt oder Bezugsärztin oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein. Das Krankenhaus gemäß 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V ist damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie im Zentralen Team berechtigt. Abweichend von § 4 Absatz 3 Satz 1 bildet sich dann das Zentrale Team aus der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt nach Satz 1 mit einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten und einer nichtärztlich koordinierenden Person gemäß § 6 oder aus einer Bezugspsychotherapeutin oder einem Bezugspsychotherapeuten nach Satz 1 mit einer oder einem der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 oder 3 genannten Ärztinnen oder Ärzte und einer nichtärztlich koordinierenden Person gemäß § 6. § 4 Absatz 2 gilt entsprechend.

[GKV-SV/KBV/DKG: (4) **/ PatV:** (5)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach § 10 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt, hat in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie diese Funktion inne . Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität sind zu berücksichtigen.

[GKV-SV/KBV/DKG: (5) **/ PatV:** (6)**]** Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für

1. die Erstellung und Entwicklung, die dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,
2. die unverzügliche Anbahnung einer ambulanten oder stationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung,
4. die Kooperation und Abstimmung mit der oder den jeweils Beteiligten des Zentralen Teams und bei Bedarf des Erweiterten Teams und
5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.

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

(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3 zielt auf die Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie auf die Förderung und Unterstützung der individuellen Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifend durch eine nichtärztliche koordinierende Person nach Absatz 2.

GKV-SV/KBV/DKG	**PatV**
Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben und dem patientenindividuellen Bedarf durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen.	Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben und dem patientenindividuellen Bedarf durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten in der Regel an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen.

(2) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie wird gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3 durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt:

1. Nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von Soziotherapie gemäß § 132b abgeschlossen haben,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
6. Pflegefachpersonen,
7. Psychologinnen und Psychologen,
8. Heilpädagogen und Heilpädagoginnen,
9. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger,
10. nach § 124 Absatz 1 zugelassene Leistungserbringer für Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie oder
11. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

§ 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in einem Zentralen Team gemäß § 4 Absatz 3. Dieses gewährleistet in Zusammenarbeit und unter bedarfsweiser Einbeziehung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 5 des Erweiterten Teams und bei Bedarf unter Berücksichtigung der Akteure nach § 4 Absatz 6 des Erweiterten Teams die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung.

(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher:

1. Eingangssprechstunde

   a. Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und, sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9. Die Leistung wird erbracht durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben hat.

   b. Abstimmung der vorgesehenen Leistungen mit den bereits erfolgenden Behandlungsmaßnahmen und Überprüfung der Einhaltung der Regelungen gemäß § 9 Absatz 4; das Ergebnis der Überprüfung ist zu dokumentieren. Sofern die Überprüfung ergibt, dass bereits eine Behandlung gemäß § 9 Absatz 4 in Anspruch genommen wird, besteht vor deren Beendigung kein Anspruch auf eine Versorgung und Vergütung im Rahmen dieser Richtlinie,

2. die differenzialdiagnostische Abklärung gemäß § 9 Absatz 1 zeitnah nach der Eingangssprechstunde,

3. Koordination der Versorgung

Die Koordination der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie sowie der Netzwerkarbeit wird gemäß § 6 durch die nichtärztliche koordinierende Person übernommen. Im Rahmen der Koordination hält die nichtärztliche koordinierende Person nach § 6 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfügung steht. Die individuelle Begleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe der nichtärztlichen koordinierenden Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen.

Zur Koordination gehören insbesondere folgende Aufgaben:

a. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes,

GKV-SV, KBV, DKG	**PatV**
b. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten,	b. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder

c. Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie Einbindung von für die Behandlung relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen, sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus, sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. d. Organisation von interdisziplinären Fallbesprechungen. Die Koordination umfasst darüber hinaus auch die folgenden Aufgaben, sofern ein patientenindividueller Bedarf besteht und die Ausprägung der Symptomatik der Delegation nicht entgegensteht: e. mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, f. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, g. der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue,	seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich, c. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich, d. der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue, sofern erforderlich, e. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten, f. Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie Einbindung von für die Behandlung relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen, sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus, sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion. g. Organisation und Teilnahme an interdisziplinären Fallbesprechungen.

4. Erstellen und Überprüfung eines Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10

   a. In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten Beteiligten des Zentralen Teams und bedarfsweise die Beteiligten des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 sind

hierbei einzubeziehen und Beteiligte des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 6 zu berücksichtigen.

b. Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld.

c. Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 zu überprüfen.

5. Interdisziplinäre Fallbesprechungen

a. Patientenorientierte Fallbesprechungen des Zentralen Teams werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Sie sollen erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Beteiligten des Zentralen Teams teil.

b. Die Beteiligten des Erweiterten Teams können bedarfsweise an Fallbesprechungen nach Buchstabe a teilnehmen;

c. Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 und 5 können an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellen zur Planung und Koordination der notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen (z.B. von der Schule in das Arbeitsleben), teilnehmen.

Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringer, -erbringerinnen oder –träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht.

(3) Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringer haben dafür Sorge zu tragen, sich mit der Prävention von und der Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.

(4) Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Vorgaben für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und BMV-Ä sind dabei einzuhalten.

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung. Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Leistungserbringerinnen, Leistungserbringern und Akteuren nach § 4 Absatz 5 und 6 Nummer 1 und 5 ausgesprochen werden.

(2) Eine Empfehlung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie kann auch im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

(3) Mit der Empfehlung soll die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert werden und eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1, die eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben haben, erhalten. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermitteln die Empfehlenden gemäß Absatz 1 oder 2 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von 10 Werktagen) bei der oder dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringerin oder Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben hat.

(4) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen sowie die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben hat. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. Die differenzialdiagnostische Abklärung des Patienten oder der Patientin erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet u.a. die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird. Relevante Bezugspersonen werden bei Bedarf einbezogen.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

(3) Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.

(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß

§ 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Befunde durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung erstellt. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten beteiligt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere des Zentralen Teams sowie bei Bedarf des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 sowie relevante Bezugspersonen einzubeziehen.

(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen, den Erfordernissen der Teilhabe wird mit den Beteiligten des Zentralen Teams und bei Bedarf des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten unter Berücksichtigung der Akteure des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 6 ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt. Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin sowie deren sorgeberechtigter Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 Nummer 3 durchführt. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Für den Fall, dass eine Person aus einem Leistungsbereich außerhalb des SGB V, z. B. in der Jugendhilfe, koordinative Tätigkeit außerhalb des SGB V erbringt, wird dies im Gesamtbehandlungsplan zur Erleichterung der angestrebten Zusammenarbeit mit der nichtärztlichen koordinierenden Person nach § 6 Absatz 2 dokumentiert.

(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen kann dabei auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gewährleistet werden. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.

(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran Beteiligten des Zentralen Teams und des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 verbindlich. Während der Behandlung werden die Ziele und Maß-

nahmen durch das Zentrale Team regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst. Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie Beteiligten des Zentralen Teams und des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans; Absatz 1 Satz 3 und 4 gelten entsprechend.

§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

(2) Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert um die Weiterbehandlung zeitnah zu veranlassen.

(3) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 auf, die oder der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt dieser oder diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Eingangssprechstunde. Der Termin hat in der Regel innerhalb von zehn Werktagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an eine weiterbehandelnde Leistungserbringerin oder einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben hat, informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.

(4) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten oder der Sorgeberechtigten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

(5) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache

mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten aus dem veröffentlichten Verzeichnis gemäß § 4 Absatz 8 Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.

(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit erforderlich anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält. Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen gemäß § 2 erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.

C. Evaluation

§ 13 Evaluation

Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.“

Intern

II. Die Erstfassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. März 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Intern

Stand: 07.03.2024

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 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 24
2.1.5 § 5 Bezugsärztin 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 ... 44
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 Auftrag[1] nach § 92 Absatz 6b SBG 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 Bedingungszusammenhang, 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes 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 Bezugsärztin oder des Bezugsarztes 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Erkrankung 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 findet[4].

Mit dem MAS steht eine vollständige, mehrdimensionale Beschreibung und Einordung 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 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.

[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.

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 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

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

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.

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).

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

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

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 gewährleisten[9]. 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 Bezugsärztin 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.

In diesem Zusammenhang formulierten z.B. Fegert et al. (2021)[10] als Ziele der Transitionspsychiatrie u.a., die Entwicklung heranwachsender Patientinnen in psychischen bzw. adoleszentären 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.

[9] S3-Leitlinie der Gesellschaft für Transitionsmedizin.

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

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 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 Entwicklungstand 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 Entwicklungstand, 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Leistungserbringerinne 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 Netzverbünden 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 Teilnahmeberechtigte 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 Psychiatrie[11]. 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 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

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

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 2018[12] 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 **[PatV:** sowie in § 5 Absatz 4**]** 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. **[GKV-SV, KBV, DKG:** 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 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 **[GKV-SV, KBV, DKG:** 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:

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

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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Teilnahmeberechtigten 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 Landeskrankenhausgesellschaften 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 **[GKV-SV/KBV/DKG:** 5**] [PatV:** 6**]** nach dieser Richtlinie bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. dem der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten liegt.

Absatz 2:

Die Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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.

[GKV-SV/KBV/DKG: 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 (PatV):

An der Versorgung nach dieser Richtlinie können ausdrücklich Krankenhäuser mit einer auf Kinder und Jugendliche ausgerichteten psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V (§ 4 Absatz 4) teilnehmen. Dort tätige Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Qualifikation nach § 4 Absatz 1 bereithalten, können auch die Rolle der Bezugsperson übernehmen (§ 5 Absatz 1) und sind dann Teil des Zentralen Teams nach § 4 Absatz 3. Die Eröffnung dieser Möglichkeit soll insbesondere auch in dem im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung vergleichsweise dünn ausgestatteten ländlichen Raum zu einer bedarfsgerechten Versorgung schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher beitragen.

Absatz 4 (GKV-SV/KBV/DKG) / Absatz 5 (PatV):

Die Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 (GKV-SV/KBV/DKG) Absatz 6 (PatV):

In **[GKV-SV/KBV/DKG:** Absatz 5**] [PatV:** Absatz 6**]** werden die Aufgaben der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten bestimmt.

Zu 1.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut 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 Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut 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 Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten auch eine somatische Abklärung durchzuführen bzw. zu veranlassen und auf eine ggf. erforderliche Behandlung der somatischen Komorbiditäten hinzuwirken.

Zu 4.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt die Verantwortung für die Koordinierung 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 Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut 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 Bezugsärztin 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. **[GKV-SV/KBV/DKG:** 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).**] [PatV:** Dies bedeutet, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt oder die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut die dort aufgelisteten Leistungen ggf. ergänzend zu bereits im EBM vorgesehenen Leistungen erbringen kann, wenn dies patientenindividuell erforderlich und nicht schon durch andere Leistungen abgedeckt ist.**]**

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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 g. benannten Aufgaben:

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:

Die Patientin oder der Patient ist, sofern erforderlich, mit ihrem bzw. seinem Einverständnis und dem Einverständnis der Sorgeberechtigen 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 Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten sind bei der Delegation der Besuche zu beachten.

Zu Buchstabe c:

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 Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten sind bei der Delegation der Gespräche zu beachten.

Zu Buchstabe d:

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 Buchstabe e:

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 f:

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, schulpsychologischer 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 g:

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 und nimmt daran teil.

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 Bezugsärztin 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-Augenprinzips 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 Hilfekonferenzen 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 Patientenklientel 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 ausgestaltetem 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. **[PatV:** Gesetzliche Anforderungen an das Vorliegen einer Überweisung bleiben unberührt.**]** 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*innen[13] 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

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

nehmen diese Überprüfung im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie vor, sofern sie vertragsärztlich tätig sind und die Psychotherapie-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 trialogisch 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 **[PatV:**, Soziotherapie**]** und 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 Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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) [**GKV-SV/KBV/DKG:** 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 teilnahmeberechtigen 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
2023	*UA PPV*	*Anhörung der Stellungnahmeberechtigten*
2024	*UA PPV*	*Würdigung der mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen sowie Beratungen des RL-Entwurfes und der Tragenden Gründe*
2024	*G-BA*	*Beschlussfassung*
TT.MM.2024		*Ergebnis der Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V*
TT.MM.2024		*Veröffentlichung im Bundesanzeiger*
TT.MM.2024		*Inkrafttreten*

Berlin, den 21. März 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Vom 21. März 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. März 2024 folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

(KJ-KSVPsych-RL)

Inhalt

Beschluss 1

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf 1

A. Allgemeines 3

§ 1 Zweck und Versorgungsziele 3

§ 2 Definition der Patientengruppe 4

§ 3 Transition 5

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer 6

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut 8

§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten 9

§ 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung 10

B. Patientenversorgung 13

§ 8 Zugang 13

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung 13

§ 10 Gesamtbehandlungsplan 14

§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs 15

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie 16

C. Evaluation 17

§ 13 Evaluation 17

A. Allgemeines

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (im Folgenden: Versorgung nach dieser Richtlinie) insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Sie umfasst auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs zwischen der teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten, im Folgenden: stationären Versorgung, und der ambulanten Versorgung. Die Regelungen streben zudem eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGB) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungssystemen (insbesondere Kindertagesstätte, Schule und Ausbildungsstätte).

(2) Unter Einnahme der Betroffenenperspektive insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf sollen insbesondere folgende Unterziele erreicht werden:

1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zur Verfügung. Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld sind insbesondere die Familienangehörigen und Sorgeberechtigten. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen.
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie fördert die Behandlungskontinuität. Sie verbessert die Möglichkeit der Kriseninterventionen und dient der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen insbesondere beim Wechsel von Versorgungsbereichen.
3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für diese Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
4. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche durch einen partizipativen Behandlungsansatz bei der Förderung und Sicherung ihrer individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele.
5. Die Versorgung nach dieser Richtlinie unterstützt für die insbesondere schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.
6. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sichert bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf die patientenindividuell notwendige Koordinierung der Versorgungsangebote sowie die Kooperation der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung sicherstellen und insbesondere einen besseren Austausch und Zusammenarbeit an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme sowie eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.

7. Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei Bedarf eine koordinierte und möglichst nahtlose Überleitung der Patientinnen und Patienten in der Transitionsphase von der Jugend- in die Erwachsenenbehandlung sicherstellen. Dabei sind weitere Hilfe- und Unterstützungssysteme zu berücksichtigen.

(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Willens der jungen Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Vernetzung der notwendigen Leistungsangebote und Förderung einer schnittstellenübergreifenden Kooperation und Organisation der bedarfsgerechten Versorgung durch einen partizipativen Ansatz mit konkreten Teamstrukturen und einen verbindlichen Gesamtbehandlungsplan,
3. zeitnahe Diagnostik unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
4. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
5. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
6. sektoren- und berufsgruppenübergreifende Koordination der Versorgung der Kinder und Jugendlichen,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Angebote aufsuchender Versorgung und
9. kontinuierlicher und strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen und Akteuren weiterer Hilfesysteme einschließlich regelmäßiger Fallbesprechungen.

§ 2 Definition der Patientengruppe

(1) Die Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Behandlungsbedarf von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen neben einer psychischen Erkrankung gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 3 besteht.

(2) Zur Bestimmung der psychischen Erkrankung und des Ausmaßes der Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) zu verwenden. Eine psychische Erkrankung und deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen dann vor, wenn

1. mindestens eine psychische Störung gemäß der ersten Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) oder F7x.1 des ICD-10-GM,
2. mindestens ein psychosozialer Umstand aus den neun Kategorien „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS und

3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß den Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS

gegeben sind.

(3) Ein komplexer Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen notwendig ist.

(4) Vor einer Versorgung nach dieser Richtlinie von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen. Ist dies der Fall, so sollte in der Regel die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden.

§ 3 Transition

(1) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie wird, soweit eine weitere Versorgung erforderlich ist, die nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition) unter Berücksichtigung weiterer Hilfesysteme gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sowie mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld geplant und gestaltet. Ziel dessen ist die Sicherstellung von Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Versorgungsabbrüchen.

(2) Die Transition soll frühzeitig vorbereitet und strukturiert im Gesamtbehandlungsplan festgelegt werden; hierbei ist der Transitionsbedarf zu definieren und sind die Transitionsmaßnahmen zu benennen. Die folgenden Regelungen sind bei der Transition vorzusehen:

1. Der Transitionszeitpunkt orientiert sich am Entwicklungsstand und an der Erkrankung der Patientin oder des Patienten.
2. Die Transition wird von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld abgesprochen.
3. Die Transition ist interdisziplinär; die Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere relevante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V werden in Fallbesprechungen einbezogen.
4. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut führt bei der Transition der Patientin oder des Patienten mindestens eine Fallbesprechung mit der weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt oder der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder dem weiterbehandelnden Psychotherapeuten durch.
5. Die Transition wird durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 Absatz 2 koordiniert.

(3) Bei der Planung der Transition soll insbesondere auch die Kontaktaufnahme und Überleitung in Hilfe- und Unterstützungssysteme für Erwachsene außerhalb des SGB V, wie beispielsweise die Rehabilitation, das soziale Entschädigungsrecht gemäß Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV), die Teilhabe gemäß Neuntes Buch Sozialgesetzbuch , die Teilhabe am Arbeitsleben sowie Hilfen für selbstständiges Wohnen und Leben, berücksichtigt werden.

(4) Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind, und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist ausnahmsweise auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres 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. Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenversorgung.

(5) Zur Förderung der Transition von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen soll, sofern in der Region vorhanden, ein patientenbezogener oder patientenübergreifender strukturierter Austausch und eine Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL), beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden.

§ 4 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind folgende zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sinne des § 2 gewährleisten und jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) und
4. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen entsprechend den in § 4 Absatz 2 und 4 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 4. Januar 2024 und in Kraft getreten am 1. April 2024, festgelegten Anforderungen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen entsprechend den in § 3 Absatz 2 und 4 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 2. Februar 2017, zuletzt geändert am 4. Januar 2024 und in Kraft getreten am 1. April 2024, festgelegten Anforderungen.

(2) Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung nach Absatz 1 ist die Erklärung gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, dass die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Angaben gemäß Absatz 8 zugestimmt wird. Eine erneute Meldung erfolgt, wenn die Voraussetzungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie nicht mehr besteht.

(3) Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens eine oder ein der in Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und eine oder ein der in

Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 und eine nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 zur Koordination gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3 als patientenindividuelles zentrales Team, im Folgenden: Zentrales Team, zusammen. Die Intensität des Zusammenwirkens dieses Teams bestimmt sich patientenindividuell, mindestens gemäß den Anforderungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 Buchstabe a sowie nach § 10 Absatz 1. Das Zentrale Team stellt sicher, dass eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten besteht.

(4) Bei Bedarf kann zur Adressierung der Versorgungziele nach § 1 ein patientenindividuelles erweitertes Team mit den in Absatz 5 oder Absatz 6 Genannten, im Folgenden: Erweitertes Team, gebildet werden.

(5) Folgende Leistungserbringer des SGB V können einbezogen werden und sind damit zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt:

1. Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V,
2. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie oder Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V,
3. Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V,
4. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und
5. im Rahmen der Transition: Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Soziotherapie mit einer Zulassung nach § 132b SGB V.

(6) Mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Akteuren wird eine Zusammenarbeit angestrebt. Es werden daher ebenfalls für das Erweiterte Team je nach Bedarf insbesondere berücksichtigt:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. Jugendämter,
5. Öffentlicher Gesundheitsdienst,
6. Einrichtungen der Jugendhilfe,
7. Bildungseinrichtungen wie Schulen und Kindertagesstätten,
8. Schulpsychologische Dienste und Beratungsstellen,
9. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossen haben,
10. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
11. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
12. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder deren Angehörige,
13. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten und

14. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung.

(7) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Teilnahmeberechtigten gemäß Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und deren Erreichbarkeitszeiten bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften das Verzeichnis quartalsweise in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben haben, sollen diese Verzeichnisse der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V zur Verfügung gestellt werden.

§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

(1) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist die zentrale Ansprechpartnerin oder der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie oder er gewährleistet die erforderliche Beziehungsstabilität für insbesondere psychisch schwer erkrankte Kinder- und Jugendliche. Sie oder er trägt die Verantwortung für das erforderliche, dem Gesamtbehandlungsplan entsprechende Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie.

(2) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut gehört einer der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 bis 4 definierten Fachgruppen an. Sie oder er ist Teil des Zentralen Teams nach § 4 Absatz 3 und überträgt gemäß § 6 die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Leistungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3, an eine nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6.

(3) Die Ärztin oder der Arzt und die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die beabsichtigen, in einem Zentralen Team nach § 4 Absatz 3 zusammenzuwirken, legen jeweils patientenindividuell fest, wer die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Bei der Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend, als auch die relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld einbezogen. Die Festlegung erfolgt im Anschluss an die Eingangssprechstunde.

(4) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan nach § 10 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt, hat in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie diese Funktion inne. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten ist möglich. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten und die Gewährleistung einer möglichst großen Behandlungskontinuität sind zu berücksichtigen.

(5) Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für

1. die Erstellung und Entwicklung, die dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten,
2. die unverzügliche Anbahnung einer ambulanten oder stationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung,
4. die Kooperation und Abstimmung mit der oder den jeweils Beteiligten des Zentralen Teams und bei Bedarf des Erweiterten Teams und
5. die Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.

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

(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3 zielt auf die Umsetzung der im Gesamtbehandlungsplan erfassten Maßnahmen sowie auf die Förderung und Unterstützung der individuellen Krankenbehandlung des Kindes oder Jugendlichen sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifend durch eine nichtärztliche koordinierende Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend den berufsrechtlichen Vorgaben und dem patientenindividuellen Bedarf durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen.

(2) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie wird gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3 durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt:

1. nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
2. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen haben,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen oder gleichwertig,
6. Pflegefachpersonen,
7. Psychologinnen und Psychologen,
8. Heilpädagoginnen und Heilpädagogen,
9. Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger,
10. nach § 124 Absatz 1 SGB V zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie oder

11. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Physiotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V.

Voraussetzung für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine Berufsgruppe des Satzes 1 ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

§ 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 in einem Zentralen Team gemäß § 4 Absatz 3. Dieses gewährleistet in Zusammenarbeit und unter bedarfsweiser Einbeziehung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 5 des Erweiterten Teams und bei Bedarf unter Berücksichtigung der Akteure nach § 4 Absatz 6 des Erweiterten Teams die interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung.

(2) Die folgenden Leistungen der Nummern 1 bis 5 ergänzen die im Rahmen der in der Versorgung bereits geregelten Diagnostik- und Behandlungsleistungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch durch die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher:

1. Eingangssprechstunde

   a) Ermöglichung der zeitnahen Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde nach Kontaktaufnahme durch die Patientin oder den Patienten (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) und, sofern die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, der zeitnahe Beginn der Behandlung gemäß § 9. Die Leistung wird erbracht durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben hat.

   b) Abstimmung der vorgesehenen Leistungen mit den bereits erfolgenden Behandlungsmaßnahmen und Überprüfung der Einhaltung der Regelungen gemäß § 9 Absatz 4; das Ergebnis der Überprüfung ist zu dokumentieren. Sofern die Überprüfung ergibt, dass bereits eine Behandlung gemäß § 9 Absatz 4 in Anspruch genommen wird, besteht vor deren Beendigung kein Anspruch auf eine Versorgung und Vergütung im Rahmen dieser Richtlinie.

2. Die differenzialdiagnostische Abklärung gemäß § 9 Absatz 1 zeitnah nach der Eingangssprechstunde.

3. Koordination der Versorgung

   Die Koordination der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie sowie der Netzwerkarbeit wird gemäß § 6 durch die nichtärztliche koordinierende Person übernommen. Im Rahmen der Koordination hält die nichtärztliche koordinierende Person nach § 6 die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans nach und trägt die Verantwortung für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, indem sie als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für das Kind oder den Jugendlichen sowie Sorgeberechtigte und an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Verfü-

gung steht. Die individuelle Begleitung zielt zudem darauf ab, mit Hilfe der nichtärztlichen koordinierenden Person die Behandlungskontinuität nachhaltig sicherzustellen.

Zur Koordination gehören insbesondere folgende Aufgaben:

a) die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplans,

b) Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten,

c) Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sowie Einbindung von für die Behandlung relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher. Die Netzwerkarbeit umfasst insbesondere die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen, sofern erforderlich auch über die Sozialgesetzbücher hinaus, sowie die Unterstützung der sozialen Inklusion.

d) Organisation von interdisziplinären Fallbesprechungen.

Die Koordination umfasst darüber hinaus auch die folgenden Aufgaben, sofern ein patientenindividueller Bedarf besteht und die Ausprägung der Symptomatik der Delegation nicht entgegensteht:

e) mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld,

f) das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen,

g) der mindestens wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue.

4. Erstellen und Überprüfung eines Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10

a) In Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten wird ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Die an der Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten Beteiligten des Zentralen Teams und bedarfsweise die Beteiligten des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 sind hierbei einzubeziehen und Beteiligte des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 6 zu berücksichtigen.

b) Psychoedukation und Schulung des Kindes oder des Jugendlichen sowie relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld.

c) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten nach § 5 zu überprüfen.

5. Interdisziplinäre Fallbesprechungen

a) Patientenorientierte Fallbesprechungen des Zentralen Teams werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Sie sollen erstmals spätestens einen Monat nach der Eingangssprechstunde und darauffolgend mindestens einmal im Quartal erfolgen. An mindestens einer der Fallbesprechungen im Quartal nehmen alle Beteiligten des Zentralen Teams teil.

b) Die Beteiligten des Erweiterten Teams können bedarfsweise an Fallbesprechungen nach Buchstabe a teilnehmen.

c) Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 3 und 5 können an SGB-übergreifenden Hilfekonferenzen mit Vertretern der Schnittstellen zur Planung und Koordination der notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen (zum Beispiel von der Schule in das Arbeitsleben), teilnehmen.

Die Berücksichtigung von Leistungserbringern anderer Sozialgesetzbücher ist nur möglich, sofern dem keine Regelungen des jeweiligen Sozialgesetzbuches entgegenstehen; Verpflichtungen für Leistungserbringerinnen, -erbringer oder -träger des SGB V ergeben sich hieraus nicht.

(3) Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringer haben dafür Sorge zu tragen, sich mit der Prävention von und der Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzepte) zu erarbeiten.

(4) Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Vorgaben für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V und Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sind dabei einzuhalten.

B. Patientenversorgung

§ 8 Zugang

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf keiner Überweisung. Eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht der Kriterien nach § 2 sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder von Leistungserbringerinnen, Leistungserbringern und Akteuren nach § 4 Absatz 5 und 6 Nummer 1 und 5 ausgesprochen werden.

(2) Eine Empfehlung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie kann auch im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer stationären psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

(3) Mit der Empfehlung soll die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert werden und eine Übersicht ausgewählter, geeigneter regional zugänglicher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1, die eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben haben, erhalten. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten vermitteln die Empfehlenden gemäß Absatz 1 oder Absatz 2 unmittelbar einen Termin (in der Regel innerhalb von zehn Werktagen) bei der oder dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Leistungserbringerin oder Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben hat.

(4) Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen sowie die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

(1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben hat. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. Die differenzialdiagnostische Abklärung der Patientin oder des Patienten erfolgt unter Berücksichtigung aller bereits vorliegenden relevanten Befunde. Dies beinhaltet unter anderem die psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich, interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird. Relevante Bezugspersonen werden bei Bedarf einbezogen.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

(3) Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie soll auf Hilfen für relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten, insbesondere für Familienangehörige und weitere Bezugspersonen, hingewiesen werden, sofern diese erforderlich sind.

(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Wird eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) behandelt, ist die Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

(1) Der Gesamtbehandlungsplan zielt auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung darauf ab, die verschiedenen Versorgungsmaßnahmen zusammenzubringen und eine einheitliche Zielrichtung der Maßnahmen herbeizuführen. Er wird auf der Basis der medizinischen und therapeutischen Befunde durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstmalig zu Beginn der Behandlung erstellt. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten beteiligt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere des Zentralen Teams sowie bei Bedarf des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 sowie relevante Bezugspersonen einzubeziehen.

(2) Ausgehend von Schwere und Ausmaß der psychischen Störung, deren Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen und den Erfordernissen der Teilhabe wird mit den Beteiligten des Zentralen Teams und bei Bedarf des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 und den relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten unter Berücksichtigung der Akteure des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 6 ein gemeinsames ärztliches und therapeutisches Vorgehen entwickelt. Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Arzneimitteln, Heilmitteln und weiterer einzuleitender Maßnahmen. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur weiterführenden differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten sowie deren sorgeberechtigter Person auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person, die die Koordinationsaufgaben nach § 7 Absatz 2 Nummer 3 durchführt. Für die Bestimmung der Therapieziele ist die Entwicklungsförderung und die kontinuierliche, situativ anzupassende Begleitung der Patientinnen und Patienten maßgeblich. Für den Fall, dass eine Person aus einem Leistungsbereich außerhalb des SGB V, zum Beispiel in der Jugendhilfe, koordinative Tätigkeit außerhalb des SGB V erbringt, wird dies im Gesamtbehandlungsplan zur Erleichterung der angestrebten Zusammenarbeit mit der nichtärztlichen koordinierenden Person nach § 6 Absatz 2 dokumentiert.

(3) Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Der Kriseninterventionsplan wird zusammen mit der Patientin oder dem Patienten und relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld erstellt. Er beinhaltet konkrete Maßnahmen zur Krisenprävention, konkrete Ansprechpartner und deren Erreichbarkeiten und einen Handlungsplan bei Krisen. Die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen kann dabei auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gewährleistet werden. Der Kriseninterventionsplan soll dabei helfen, Behandlungsabbrüche zu vermeiden.

(4) Der Gesamtbehandlungsplan ist während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie für alle daran Beteiligten des Zentralen Teams und des Erweiterten

Teams nach § 4 Absatz 5 verbindlich. Während der Behandlung werden die Ziele und Maßnahmen durch das Zentrale Team regelmäßig geprüft und unter Einbezug der Betroffenen angepasst. Ist eine Veränderung des Gesamtbehandlungsplans aus Sicht der an der Versorgung nach dieser Richtlinie Beteiligten des Zentralen Teams und des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen und abzustimmen. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans; Absatz 1 Satz 3 und 4 gelten entsprechend.

§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

(2) Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrags über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person nach § 6 wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert, um die Weiterbehandlung zeitnah zu veranlassen.

(3) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 auf, die oder der die Versorgung nach dieser Richtlinie anbietet, und übermittelt dieser oder diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart einen Termin zur Eingangssprechstunde. Der Termin hat in der Regel innerhalb von zehn Werktagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung an eine weiterbehandelnde Leistungserbringerin oder einen weiterbehandelnden Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1, die oder der eine Erklärung gemäß § 4 Absatz 2 abgegeben hat, informiert das Krankenhaus das Kind oder den Jugendlichen und die Sorgeberechtigten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.

(4) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein stationärer Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten oder der Sorgeberechtigten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufs und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

(5) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den

Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten oder den Sorgeberechtigten mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten aus dem veröffentlichten Verzeichnis gemäß § 4 Absatz 8 Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

(1) Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und der Erreichung der im Gesamtbehandlungsplan festgehaltenen Therapieziele ist regelmäßig durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und, soweit notwendig, in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen nach dieser Richtlinie beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.

(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist, soweit erforderlich, anzupassen. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung, sofern weiterhin erforderlich, außerhalb dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gewahrt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält. Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen gemäß § 2 erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch dieselbe Bezugsärztin oder denselben Bezugsarzt oder dieselbe Bezugspsychotherapeutin oder denselben Bezugspsychotherapeuten anzustreben.

C. Evaluation

§ 13 Evaluation

Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vor. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 festgelegten Versorgungsziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, diese zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse zu erheben und darzustellen.“

II. Die Erstfassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. März 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Gemeinsamer Bundesausschuss

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 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ... 24
2.1.5 § 5 Bezugsärztin 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 Auftrag[1] nach § 92 Absatz 6b SBG 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 Bedingungszusammenhang, 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, 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 Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes 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 Bezugsärztin oder des Bezugsarztes 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Erkrankung 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 findet[4].

Mit dem MAS steht eine vollständige, mehrdimensionale Beschreibung und Einordung 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 gewährleisten[9]. 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 Bezugsärztin 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. adoleszentären 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 Erwachsenversorgung 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 Entwicklungstand 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 Entwicklungstand, 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Leistungserbringerinne 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 Netzverbünden 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 Teilnahmeberechtigte 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 Psychiatrie[11]. 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 2018[12] 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Teilnahmeberechtigten 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 Landeskrankenhausgesellschaften 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. dem der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten liegt.

Absatz 2:

Die Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten bestimmt.

Zu 1.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut 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 Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut 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 Bezugsärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten auch eine somatische Abklärung durchzuführen bzw. zu veranlassen und auf eine ggf. erforderliche Behandlung der somatischen Komorbiditäten hinzuwirken.

Zu 4.:

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt die Verantwortung für die Koordinierung 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 Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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, schulpsychologischer 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 Sorgeberechtigen 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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-Augenprinzips 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 Hilfekonferenzen 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 Patientenklientel 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 ausgestaltetem 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*innen[13] 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 trialogisch 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 Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 Bezugsärztin 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 teilnahmeberechtigen 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

Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Glinkastraße 35
10117 Berlin

Postanschrift:
11055 Berlin

Tel. +49 30 18 441-4514

bearbeitet von:
Dr. Josephine Tautz

Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss, Strukturierte Behandlungs-programme (DMP), Allgemeine medizinische Fragen in der GKV"

213@bmg.bund.de

www.bundesgesundheitsministerium.de

Ausschließlich per Fax: 030 - 275838105

Betreff: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 21. März 2024

Bezug: **Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**
Geschäftszeichen: 213 – 21432 – 115
Berlin, 24.05.2024
Seite 1 von 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 21. März 2024 über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

Hinweis zu unseren Datenschutzinformationen:
Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind in der Datenschutzerklärung des BMG zu finden: www.bundesgesundheitsministerium.de „Stichwort: Datenschutz“ (Bundesgesundheitsministerium Datenschutz). Sollten Sie keinen Internetzugang haben, kann die Information auf dem Postweg zugesandt werden.