KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

AMBULANTE KOMPLEXVERSORGUNG VON SCHWER PSYCHISCH ERKRANKTEN KINDERN UND JUGENDLICHEN

HINWEISE ZU TEILNAHME, LEISTUNGSSPREKTRUM UND VERGÜTUNG

PraxisInfoSpezial

INHALT

EINFÜHRUNG **3**

Das Programm in Kürze 3

PATIENTENGRUPPE **4**

ABLAUF DER BEHANDLUNG **4**

Das sind die wesentlichen Bausteine 4

AUFBAU UND STRUKTUR **6**

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut 7
Koordination der Versorgung 7
Berufsübergreifende Zusammenarbeit 8
Therapieverlauf und Beendigung der Komplexversorgung 8

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG **9**

Die neuen Leistungen im Überblick 11
Hinweise zur Leistungsberechtigung der Fachgruppen 10
Impressum 12

EINFÜHRUNG

Für Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen gibt es ein neues Versorgungsprogramm: die ambulante Komplexversorgung. Sie ist ähnlich aufgebaut wie die ambulante Komplexversorgung für Erwachsene, aber es gibt einige entscheidende Unterschiede. Auch hier ist das Ziel, die Betroffenen und ihre Angehörigen zu unterstützen – beim Umgang mit der Krankheit und den damit verbundenen Herausforderungen in verschiedenen Lebensbereichen, sei es in der Schule, in einem Wohnheim oder in der Familie. Dazu werden sie von berufsübergreifenden Teams aus Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Fachkräften wie Ergo- und Physiotherapeuten über einen längeren Zeitraum hinweg professionell begleitet.

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erfahren in dieser PraxisInfoSpezial, wie sie am Versorgungsprogramm teilnehmen können, welche Aufgaben zu übernehmen sind und wie die zusätzlichen Leistungen vergütet werden.

DAS PROGRAMM IN KÜRZE

Insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche brauchen häufig eine intensive und multiprofessionelle Versorgung: medizinisch, psychotherapeutisch, psychiatrisch, psychosomatisch und psychosozial. Das bedeutet, der Behandlungsbedarf ist oft komplex. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für solche Fälle deshalb eine Richtlinie für die psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen beschlossen. Das Programm soll die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen stärken und die Versorgung damit effektiver machen. Es startet zum 1. April 2025.

Das Besondere daran ist, dass patientenindividuell ein multiprofessionelles Team gebildet wird, das eng zusammenarbeitet. Das sogenannte Zentrale Team besteht aus mindestens einem Arzt, einem Psychotherapeuten und einer koordinierenden Person. Es erstellt zu Beginn der Behandlung gemeinsam einen Gesamtbehandlungsplan für die Patientin oder den Patienten und tauscht sich in regelmäßigen Abständen patientenbezogen aus. Die Mitglieder des Zentralen Teams beziehen im „Erweiterten Team“ Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Sozialarbeiter, Kita-Erzieher, Lehrer und viele weitere Akteure wie Ergotherapeuten bei Bedarf in die Behandlung mit ein. Und sie sorgen dafür, dass die Behandlung kontinuierlich bleibt und soweit es geht außerhalb des Krankenhauses stattfindet.

Falls eine stationäre Versorgung unvermeidlich wird, kümmern sie sich um eine gute Übergabe, beispielsweise durch die aktive Überleitung in die verschiedenen Versorgungsangebote eines Krankenhauses. Später soll die nahtlose Transition der erkrankten Jugendlichen in die Versorgung für Erwachsene durch professionelle Unterstützung gewährleistet werden.

Ein weiteres Ziel des Versorgungsprogramms ist es, die Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu reduzieren und den Zugang zu Behandlungsangeboten zu erleichtern. Teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten verpflichten sich, Diagnostik und Therapiebeginn binnen weniger Tage für die Betroffenen zur Verfügung zu stellen.

Rechtsgrundlage: Die Anforderungen an die ambulante Komplexversorgung sind in der „Richtlinie über die berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ geregelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sie nach Paragraf 92 Absatz 6b SGB V beschlossen.

PATIENTENGRUPPE

Vorgesehen ist das Versorgungsangebot insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen Behandlungsbedarf bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn der Einsatz von mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen durch unterschiedliche Disziplinen nötig ist, um die Erkrankung des Patienten zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung abzuwenden.

Die drei Kriterien, die alle zutreffen müssen, damit eine Patientin oder ein Patient laut G-BA-Richtlinie für eine ambulante Komplexversorgung geeignet ist sind:

1. mindestens eine psychische Störung gemäß der 1. Achse des MAS aus dem V. Kapitel (F1-F6, F84, F9) oder F7x.1 des ICD-10-GM
2. mindestens ein psychosozialer Umstand aus der Kategorie „assoziierte aktuelle abnormale psychosoziale Umstände“ gemäß der 5. Achse des MAS
3. mindestens eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß den Stufen 4 bis 8 auf der 6. Achse des MAS

Vor der Versorgung von jungen Erwachsenen ab 18 Jahren nach dieser Richtlinie haben Ärzte und Psychotherapeuten die Aufgabe zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen und wenn ja, diese zu nutzen.

ABLAUF DER BEHANDLUNG

Ob eine Patientin oder ein Patient für die ambulante psychiatrische Komplexbehandlung geeignet ist, stellt ein Arzt oder ein Psychotherapeut anhand der vorgegebenen Kriterien (siehe Kapitel „Patientengruppe“) in der Eingangssprechstunde fest. Im Anschluss erfolgt eine differentialdiagnostische Abklärung unter Berücksichtigung bereits vorliegender Befunde. Darauf aufbauend erstellt der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut den Gesamtbehandlungsplan.

DAS SIND DIE WESENTLICHEN BAUSTEINE

Empfehlung oder Überweisung: Der Erstkontakt zur Komplexbehandlung kann über eine Überweisung oder Empfehlung durch jeden Kinder- und Jugendarzt oder Psychotherapeuten zustande kommen. Möglich ist auch eine Empfehlung durch Eingliederungshilfe, Jugendamt, Öffentlichen Gesundheitsdienst, Beratungsstellen, ambulante Pflege oder Sozialpsychiatrische Dienste. Auch Krankenhäuser, Pflege- und Reha-Einrichtungen können Erkrankten die ambulante psychiatrische Komplexbehandlung empfehlen. Der Direktzugang ist ebenfalls möglich.

Eingangssprechstunde: Diese soll möglichst innerhalb von 10 Werktagen nach Überweisung, direkter Kontaktaufnahme durch den Patienten beziehungsweiseSorgeberechtigte oder Empfehlung stattfinden. In der Eingangssprechstunde wird geprüft, ob die Komplexversorgung für die Patientin oder den Patienten das richtige Angebot ist. Es wird auch erfragt, ob eine Komplexversorgung oder eine Sozialpsychiatrische Versorgung (gemäß Anlage 11 Bundesmantelvertrag) bereits besteht, denn eine parallele Behandlung in mehreren Versorgungsstrukturen ist Betroffenen nicht erlaubt.

Differentialdiagnostische Abklärung: Sind die Einschlusskriterien erfüllt, soll die differentialdiagnostische Abklärung (somatisch, psychisch und sozial) erfolgen – durch einen Arzt oder eine Ärztin beziehungsweise einen Psychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin. Wichtig ist hier, bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Gesamtbehandlungsplan: Auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und den Eltern beziehungsweise Sorgeberechtigten einen Gesamtbehandlungsplan. Soweit erforderlich erfolgt hierzu eine

interdisziplinäre Abstimmung, da psychische, somatische und soziale Seiten der Erkrankung im Behandlungsplan gleichermaßen berücksichtigt werden sollen.

Der Plan enthält die Therapieziele und Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen sowie psychotherapeutischen Maßnahmen. Aufgeführt ist ferner, ob und in welchem Umfang der Patient Heilmittel, eine Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege benötigt. Im Plan finden sich auch Informationen dazu, ob Maßnahmen zur differentialdiagnostischen somatischen Abklärung und/oder eine Behandlung somatischer Beschwerden außerhalb der Komplexversorgung erforderlich sind. Auch die Psychoedukation und Schulung des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen sowie der Bezugspersonen gehören zur Komplexbehandlung dazu. Die für die Koordination zuständige Fachkraft wird namentlich im Plan aufgeführt. Wird der Patient zum Beispiel von einer Pädagogin oder einem Sozialarbeiter aus der Jugendhilfe betreut, werden die Namen dieser SGB V-externen Akteure aus dem Erweiterten Team ebenfalls im Gesamtbehandlungsplan genannt. Das soll die angestrebte Zusammenarbeit mit der nichtärztlichen koordinierenden Person vereinfachen. Für den Fall, dass der Betroffene in eine akute psychische Krise gelangt, werden vorab konkrete Maßnahmen und Ansprechpersonen festgelegt.

Der Gesamtbehandlungsplan ist für alle aus dem Zentralen und Erweiterten Team verbindlich. Er soll mindestens halbjährlich überprüft werden.

Fallbesprechung: In regelmäßigen Fallbesprechungen überprüft das Zentrale Team, inwieweit die Therapieziele erreicht sind oder ob eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans notwendig ist. Solche Fallbesprechungen sollten mindestens einmal im Quartal erfolgen, erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten in der Eingangssprechstunde. Fallbesprechungen sind auch per Video oder Telefon möglich. Die Beteiligten des Erweiterten Teams können bedarfsweise hinzugezogen werden.

Hilfekonferenzen: Ärzte und Psychotherapeuten aus dem Zentralen Team können sich mit Vertretern aus Schulsozialarbeit, Eingliederungshilfe, Jugendamt, Öffentlichem Gesundheitsdienst, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten oder anderen für die Behandlung relevanten SGB V-externen Akteuren in Hilfekonferenzen austauschen. Die Hilfekonferenzen dienen der Planung und Koordination der notwendigen Leistungen und Unterstützungssysteme, insbesondere bei den Übergängen, zum Beispiel von der Schule in den Beruf.

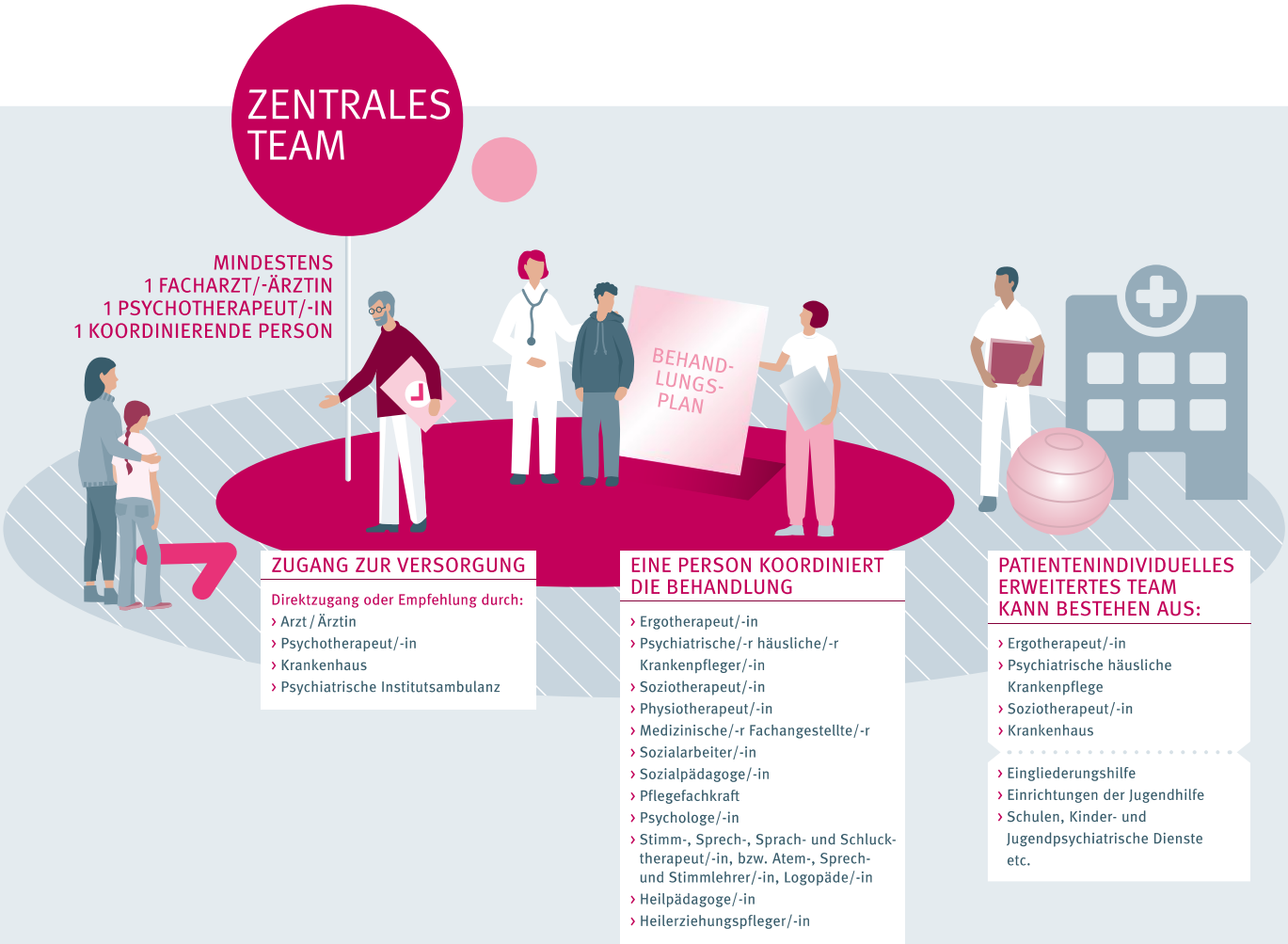
Prävention von oder Intervention bei (sexueller) Gewalt: Praxen, die an der Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche teilnehmen, müssen sich gemäß QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gezielt mit dem Thema Prävention von oder Intervention bei (sexueller) Gewalt befassen. Zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen vor (sexueller) Gewalt haben die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten die Aufgabe, auf Basis einer Risiko- und Gefährdungsanalyse für ihre Praxis Schutzkonzepte mit konkreten Schritten und Maßnahmen zu erarbeiten.

Etwaige Überleitung von und ins Krankenhaus: Falls der Patient oder die Patientin während der ambulanten Komplexbehandlung teilweise oder komplett stationär behandelt werden muss, können bei vorliegender Einwilligung Angaben zum Behandlungsverlauf und den Therapiezielen an das Krankenhaus übermittelt werden. Ein nahtloser Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Anschlussversorgung soll mittels Entlassmanagements sichergestellt werden. Die Empfehlung für den Ablauf lautet hier: Das Krankenhaus übermittelt die Entlass-Diagnostik an einen Arzt oder eine Ärztin beziehungsweise einen Psychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin, die an der ambulanten Komplexversorgung teilnimmt und vereinbart einen Eingangssprechstunden-Termin. Dieser liegt maximal zehn Tage nach voraussichtlicher Entlassung aus dem Krankenhaus.

Transition in die Erwachsenenversorgung: Der Zeitpunkt der Überleitung in die Versorgung für Erwachsene richtet sich nach Entwicklungsstand und Erkrankung des Jugendlichen. Hierzu legt der Bezugsarzt oder der Bezugstherapeut im Gesamtbehandlungsplan den Transitionsbedarf fest und definiert Transitionsmaßnahmen. Alle, die an der gesundheitlichen Versorgung beteiligt sind, sowie der Patient oder die Patientin selbst und die Angehörigen werden in die Entscheidung einbezogen.

Es soll mindestens eine Fallbesprechung mit dem weiterbehandelnden Arzt oder Psychotherapeuten stattfinden. Die koordinierende Person unterstützt den Prozess kommunikativ und organisatorisch. Damit die Transition gut gelingt, sollten auch erste Kontakte und Überleitungsmaßnahmen in die sozialen Hilfe- und Unterstützungssysteme für Erwachsene sowie in die Komplexversorgung für Erwachsene erfolgen.

AUFBAU UND STRUKTUR



DAS ZENTRALE TEAM

Gesundheitliche Versorgung nach dem Vier-Augen-Prinzip – das ist der Gedanke der Komplexversorgung. Das Zentrale Team bei der Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche besteht aus drei Personen: Dem Arzt, dem Psychotherapeuten und der koordinierenden Person. Teilnahmeberechtigt sind sowohl niedergelassene als auch angestellte Ärzte sowie Psychotherapeuten.

Teilnahmeberechtigte Fachgruppen:

- Fachärzt/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/-innen und Fach-Psychotherapeut/-innen für Kinder und Jugendliche
- Fachärzt/-innen für Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens zweijähriger Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Fachärzt/-innen für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzt/-innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung
- Psychologische Psychotherapeut/-innen mit fachlicher Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen (nach § 4 Abs. 2 u. 4, Psychotherapie-Vereinbarung)
- Ärztliche Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen (nach § 3 Abs. 2 u. 4 Psychotherapie-Verordnung)

Weitere Voraussetzungen:

- Das Zentrale Team muss mindestens 4 Tage pro Woche jeweils mindestens 50 Minuten telefonisch erreichbar sein.
- Ärzte und Psychotherapeuten, die das Zentrale Team bilden können, erklären sich gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Dort wird geprüft, ob die Fachkräfte die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. Es wird vereinbart, dass sie sich bei der KV melden, wenn sie nicht mehr die Voraussetzung zur Teilnahme an der Komplexversorgung erfüllen oder nicht mehr teilnehmen wollen.

Öffentliches Verzeichnis

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Aufgabe, ein öffentliches Verzeichnis im Internet zu führen, in dem die Kontaktdaten und die Erreichbarkeit der Praxen stehen. Zudem stellen sie die Daten für die Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals bereit. Außerdem schicken sie das Verzeichnis jedes Quartal in der aktuellen Fassung an die Krankenversicherungen. Die beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten müssen vorher der Veröffentlichung der Angaben zustimmen.

ERKLÄRUNG BEI DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erklären gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung, dass sie an der Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche teilnehmen wollen, die Anforderungen der Richtlinie erfüllen und mit der Veröffentlichung einverstanden sind. Mehr Informationen dazu erhalten Interessenten bei ihrer KV.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut

Innerhalb des Zentralen Teams übernimmt eine Person aus den teilnahmeberechtigten Berufsgruppen (siehe Liste S. 6) die Leitung der Behandlung eines Patienten oder einer Patientin. Sie verantwortet die Koordination und die Abstimmung der Behandlung, delegiert Aufgaben an den oder die Koordinator/-in und kümmert sich um eine stabile Beziehung zwischen Arzt beziehungsweise Psychotherapeut und Patient.

Bei der Frage, wer die Behandlungsleitung übernimmt, sollte der Wunsch der Patientin oder des Patienten und seiner Bezugspersonen berücksichtigt werden. Festgelegt wird die Behandlungsleitung im Anschluss an die Eingangssprechstunde. Ein Wechsel ist später möglich, wenn die Patientin oder der Patient das möchte.

Grundsätzlich können sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten die Funktion der Behandlungsleitung übernehmen. Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für:

- Erstellung, Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans
- Unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teil-, stationsäquivalenten oder vollstationären Behandlung
- Einleitung einer somatischen Abklärung und falls nötig einer Behandlung
- Kooperation und Abstimmung mit der oder den jeweils Beteiligten des Zentralen Teams und bei Bedarf weiteren involvierten Akteuren (Jugendamt, Schulpsychologin, Eingliederungshilfe und viele mehr)
- Organisation und Leitung von Fallbesprechungen

Koordination der Versorgung

Zu den Koordinationsaufgaben gehört vor allem, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen. Die Person, die die Koordination übernimmt, vereinbart beispielsweise Behandlungstermine, besucht die Betroffenen im häuslichen Umfeld und leitet gegebenenfalls weitere Leistungen und Hilfen in die Wege. Sie erarbeitet ein Rückmeldesystem mit der Patientin oder dem Patienten. Vorgesehen ist mindestens ein telefonischer Kontakt pro Woche mit der Patientin oder dem Patienten beziehungsweise den Sorgeberechtigten. Damit soll erreicht werden, dass Betroffene die Therapie nicht abbrechen. Eine wesentliche Aufgabe ist außerdem die Netzwerkarbeit mit den Eltern und weiteren Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Patienten, sowie mit relevanten sozialen Einrichtungen. Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut delegiert Aufgaben, die sie nicht selbst übernehmen müssen, an eine qualifizierte Fachkraft, die aus bestimmten Berufsgruppen kommen darf.

Diese Berufsgruppen können die Koordinationsfunktion ausüben:

Soziotherapeut/-in, Ergotherapeut/-in, Physiotherapeut/-in, psychiatrische/-r häusliche/-r Krankenpfleger/-in, Medizinische/-r Fachangestellte/-r, Sozialarbeiter/-in, Sozialpädagoge/-in, Pflegefachkraft, Psychologe/-in, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapeut/-in, bzw. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-in, Logopäde/-in, Heilpädagoge/-in, Heilerziehungspfleger/-in

Voraussetzung:

- nachweisbare Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen

Berufsübergreifende Zusammenarbeit

Einen Monat nach Behandlungsbeginn erstmalig und anschließend mindestens einmal im Quartal tauscht sich das Zentrale Team, das die Patientin oder den Patienten gesundheitlich versorgt, in einer Fallkonferenz über die Behandlung aus und bespricht den Gesamtbehandlungsplan.

Auch Bezugspersonen aus der Familie und relevante Fachkräfte aus dem sozialen Bereich, dem Bildungsbereich, der Pflege, der Selbsthilfe, der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst etc. sollten, falls sie in die Fürsorge des Patienten involviert sind, zu den Fallkonferenzen eingeladen werden. Das Zentrale Team kann bei Bedarf auch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dem Krankenhaus oder im Rahmen einer Transition in die Erwachsenenversorgung Soziotherapeuten und Soziotherapeutinnen zu Fallbesprechungen dazu holen.

Therapieverlauf und Beendigung der Komplexversorgung

Bezugsärzte und Bezugstherapeuten haben die Pflicht, das Erreichen der Therapieziele in regelmäßigen Abständen zu bewerten und sofern erforderlich anzupassen. Alle sechs Monate sind sie dazu angehalten zu überprüfen, ob die Patientin beziehungsweise der Patient weiterhin die Eignungskriterien erfüllt.

Wenn die Ziele der Therapie erreicht sind, erstellen sie rechtzeitig einen Plan mit den wichtigsten Informationen zur Behandlung, der die Überleitung in die Regelversorgung, sofern weiterhin erforderlich, erleichtern soll.

Es ist möglich, dasselbe Kind oder denselben Jugendlichen nach Therapie-Beendigung später erneut als Patientin oder Patient in die Komplexversorgung aufzunehmen. In diesem Fall sollte die Behandlung möglichst durch denselben Bezugsarzt oder denselben Bezugspsychotherapeuten erfolgen.

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Für zusätzliche Aufgaben, die in der Komplexversorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendliche bestehen, wurde der EBM um elf neue Gebührenordnungspositionen (GOP) erweitert. Die Vergütung erfolgt zunächst extrabudgetär.

Eingangssprechstunde: Für die Anamnese und die Prüfung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der Komplexbehandlung in der Eingangssprechstunde gibt es die GOP 37600. Der Arzt oder Psychotherapeut, der die Leistungen durchführt, kann die GOP bis zu 6-mal im Krankheitsfall (=Jahr) abrechnen, davon bis zu 3-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten. Die GOP ist mit 236 Punkten je 15 Minuten bewertet.

Differentialdiagnostik: Die Abrechnung der Differentialdiagnostik erfolgt über die GOP 37610 (231 Punkte je 15 Minuten). Die GOP kann ebenfalls bis zu 6-mal im Krankheitsfall berechnet werden, davon bis zu 3-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten.

Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans: Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut rechnet hierfür einmal im Krankheitsfall die GOP 37620 (448 Punkte) ab. Eine höhere Vergütung erhält er, wenn das Zentrale und Erweiterte Team zusammen aus mindestens 5 Teilnehmern besteht: statt 448 Punkte sind es dann 627 Punkte. Er muss dies in seiner Abrechnung kennzeichnen.

Zusätzliche Leistungen des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten: Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut kann für zusätzliche Aufgaben 1-mal im Behandlungsfall (= Quartal) die GOP 37625 (450 Punkte) ansetzen. In dieser Zusatzpauschale ist zum Beispiel die Aktualisierung des Behandlungsplans enthalten. Eine höhere Vergütung erhält er, wenn das Zentrale und Erweiterte Team zusammen mindestens 5 Teilnehmer umfasst: statt 450 Punkte sind es dann 630 Punkte. Er muss dies in seiner Abrechnung kennzeichnen.

Überleitung in die Erwachsenenversorgung: Für Leistungen bei der Überleitung von Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung erhalten Bezugsärzte und -psychotherapeuten einen Zuschlag zur GOP 37625. Den Zuschlag (GOP 37626 / 232 Punkte) können sie 2-mal im Krankheitsfall ansetzen, wenn eine medizinische Begründung vorliegt, ansonsten 1-mal. Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 37626 ist, dass in den letzten vier Quartalen vor der Überleitung in die Erwachsenenversorgung mindestens eine Fallbesprechung nach der GOP 37650 mit dem für Erwachsene zuständigen Arzt- oder Psychotherapeuten stattgefunden hat.

Die Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person: Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut kann für die Koordination der Versorgung einmal im Quartal die GOP 37630 (577 Punkte) berechnen. Auch hier ist es so: Besteht das zentrale und erweiterte Team aus mindestens 5 Teilnehmern ist die Vergütung höher (808 Punkte).

Aufsuchen eines Patienten durch eine nichtärztliche Person: Für das Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person kann der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut die GOP 37635 (166 Punkte) abrechnen – bis zu 5-mal im Quartal.

Fallbesprechung: Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Fallbesprechung teilnehmen, können bis zu 8-mal im Behandlungsfall die GOP 37650 (128 Punkte je 10 Minuten) berechnen. Die GOP kann auch abgerechnet werden, wenn die Fallbesprechung telefonisch oder per Video stattfindet. In diesem Fall kann der Vertragsarzt oder -psychotherapeut, der die Videofallbesprechung initiiert, zusätzlich den Technikzuschlag für Videosprechstunden abrechnen (GOP 01450).

Zuschlag zur Fallbesprechung: Nimmt mindestens eine nichtärztliche oder nichtpsychotherapeutische Person an der Besprechung teil, zum Beispiel ein Physiotherapeut, rechnet der Bezugsarzt oder -psychotherapeut zusätzlich die GOP 37651 (128 Punkte je zehn Minuten) ab. Die Leistung kann bis zu 8-mal im Quartal berechnet werden und ist zur Weiterleitung an die nichtärztliche oder nichtpsychotherapeutische Person bestimmt.

Hilfekonferenz: Eine weitere Pauschale wird für die Teilnahme an Hilfekonferenzen gezahlt; GOP 37655 (128 Punkte je 10 Minuten). Die Leistung kann bis zu 8-mal im Krankheitsfall (= Jahr) abgerechnet werden, auch wenn die Konferenz telefonisch oder per Video stattfindet.

Zuschlag zur GOP 37655: Nimmt mindestens eine nichtärztliche oder nichtpsychotherapeutische Person an der Besprechung teil, rechnet der Bezugsarzt oder -psychotherapeut zusätzlich die GOP 37656 (128 Punkte je zehn Minuten) ab. Die Leistung kann bis zu 8-mal im Quartal berechnet werden und ist zur Weiterleitung an die nichtärztliche oder nichtpsychotherapeutische Person bestimmt.

Hinweise zur Abrechnung

- Nur Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die zur Teilnahme an der psychiatrischen Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie berechtigt sind und dies gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erklärt haben, dürfen die GOP abrechnen mit Ausnahme der GOP 37650: Die GOP für Fallbesprechungen dürfen auch Vertragsärzte und -psychotherapeuten abrechnen, die nicht an der Komplexversorgung teilnehmen.
- Die GOP 37620, 37625, 37630, 37635, 37651 und 37656 können ausschließlich durch den Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten abgerechnet werden.
- Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 37610 und 37620 ist, dass der Patient in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal davor in der Eingangssprechstunde war und dafür die GOP 37600 berechnet wurde.
- Die GOP 37650 und 37655 können auch berechnet werden, wenn die Fall- bzw. Hilfekonferenz telefonisch oder per Video stattfindet. Der Arzt oder Psychotherapeut, der eine Videofallkonferenz initiiert, kann zusätzlich den Technikzuschlag für Videosprechstunden (GOP 01450) abrechnen.

DIE LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

GOP	Leistung	Hinweise	Bewertung (Punkte)
37600	Eingangssprechstunde	max. 6-mal im Krankheitsfall, davon 3-mal nur mit Bezugsperson	236 je 15 Min.
37610	Differentialdiagnostische Abklärung	max. 6-mal im Krankheitsfall, davon 3-mal nur mit Bezugsperson	231 je 15 Min.
37620	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans	1-mal im Krankheitsfall	448 / 627 bei mind. 5 Team-mitgliedern
37625	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder -psychotherapeuten	1-mal im Behandlungsfall	450 / 630 bei mind. 5 Team-mitgliedern
37626	Zuschlag zur GOP 37625 für Überleitung in die Erwachsenenversorgung	1-mal im Krankheitsfall, 2-mal mit med. Begründung	232
37630	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person	1-mal im Behandlungsfall	577 / 808 bei mind. 5 Team-mitgliedern
37635	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person	max. 5-mal im Behandlungsfall	166
37650	Fallbesprechung	max. 8-mal im Behandlungsfall	128 je 10 Min.
37651	Zuschlag zur GOP 37650 bei nichtärztlichen / nicht-psychotherapeutischen Teilnehmern	max. 8-mal im Behandlungsfall	128 je 10 Min.
37655	Teilnahme an einer Hilfekonferenz	max. 8-mal im Krankheitsfall	128 je 10 Min.
37656	Zuschlag zur GOP 37655 bei nichtärztlichen / nicht-psychotherapeutischen Teilnehmern	max. 8-mal im Krankheitsfall	128 je 10 Min.

Alle Informationen zur ambulanten Komplexversorgung: www.kbv.de/366949

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de

↗ **PraxisWissen**
↗ **PraxisWissenSpezial**
Themenhefte für Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223

↗ **PraxisInfo**
↗ **PraxisInfoSpezial**
Themenpapiere mit Informationen für Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808

↗ **PraxisNachrichten**
Der wöchentliche Newsletter per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeberin:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:
Bereich Interne Kommunikation
im Stabsbereich Politik, Strategie und Kommunikation

Fachliche Betreuung:
Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur
Dezernat Vergütung und Gebührenordnung

Stand:
März 2025

Hinweise:
Aus Gründen der Lesbarkeit wurde teilweise eine Form der Berufsbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch andere Formen gemeint.