KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

AMBULANTE KOMPLEXVERSORGUNG FÜR ERWACHSENE MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

HINWEISE ZU TEILNAHME, LEISTUNGSSPREKTRUM UND VERGÜTUNG

PraxisInfoSpezial

INHALT

EINFÜHRUNG **3**

Kernelemente des Programms 3

ZIELE **4**

PATIENTENGRUPPE **4**

AUFBAU UND STRUKTUR **5**

Netzverbund bilden 5
Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit 6
Kooperation mit Krankenhäusern 6
Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen 7
Genehmigung erhalten 7
Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut 7
Koordination der Versorgung 8
Organisation und Aufgaben 8

ABLAUF DER BEHANDLUNG **9**

Das sind die wesentlichen Bausteine 10

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG **12**

Die Leistungen im Überblick 13
Impressum 14

EINFÜHRUNG

Menschen, die beispielsweise unter einer schweren Depression, einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung leiden, benötigen oftmals eine intensive und aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Versorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat deshalb das Versorgungsprogramm insbesondere für schwer psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf entwickelt. Im Mittelpunkt stehen regionale Versorgungsverbünde, in denen sich Ärzte und Psychotherapeuten zusammenschließen und zum Beispiel in Fallkonferenzen die Behandlung besprechen und je nach Bedarf anpassen.

Das Versorgungsprogramm ist 2022 gestartet und wurde drei Jahre später umstrukturiert und verbessert mit dem Ziel, bestehende Hürden bei der Gründung von Netzverbünden abzubauen. Einen kompakten Überblick über alles, was Ärzte und Psychotherapeuten seit 2025 zu dem Versorgungsprogramm wissen müssen, fasst diese PraxisInfoSpezial zusammen.

AUF EINEN BLICK

KERNELEMENTE DES PROGRAMMS

Netzverbund und Kooperationspartner: Um eine zeitnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung bieten zu können, schließen sich Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik sowie Psychotherapeuten zu regionalen Netzverbünden zusammen. Diese kooperieren mit Krankenhäusern, der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie anderen Gesundheitsberufen wie der Sozio- und Ergotherapie. Bei Bedarf ziehen sie weitere Fachleute oder Dienste wie die Eingliederungshilfe oder den Sozialpsychiatrischen Dienst hinzu.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut: Innerhalb des Netzverbundes gibt es für die Patientin oder den Patienten einen festen Ansprechpartner. Dieser erstellt unter anderem den Behandlungsplan und koordiniert alle Therapieschritte.

Koordination: Terminvereinbarung, Hausbesuche und Organisation des Informationsaustausches im Behandlungsteam sind Aufgaben der Koordination. Die Leistungen, die nicht vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten selbst übernommen werden, werden von einer qualifizierten Fachkraft ausgeführt, zum Beispiel einer Medizinischen Fachangestellten, einem Sozialarbeiter oder einer Pflegefachkraft.

Behandlungsplan und Fallbesprechungen: Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut erstellt für jede Patientin und jeden Patienten einen Behandlungsplan, in dem die Ziele und Maßnahmen aufgeführt sind. In regelmäßigen Fallkonferenzen wird die Therapie besprochen und gegebenenfalls angepasst.

Schneller Zugang: Betroffene, die sich an einen Netzverbund wenden, sollen möglichst innerhalb von 7 Werktagen einen Termin erhalten. Das gleiche gilt für den Beginn der sich anschließenden differentialdiagnostischen Abklärung.

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, die der G-BA nach Paragraf 92 Absatz 6b SGB V beschlossen hat.

ZIELE

Ein schnellerer Zugang zu einer qualifizierten, vernetzten und abgestimmten Versorgung und eine größere Kontinuität in der ambulanten Begleitung sind wesentliche Ziele des Programms. Zudem soll Betroffenen der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung erleichtert werden. Krankenhausaufenthalte oder Versorgungsbrüche sollen möglichst vermieden werden. Die oft chronisch kranken Patientinnen und Patienten mit wiederkehrenden psychischen Krisen sollen so dabei unterstützt werden, möglichst stabil und selbstständig zu leben.

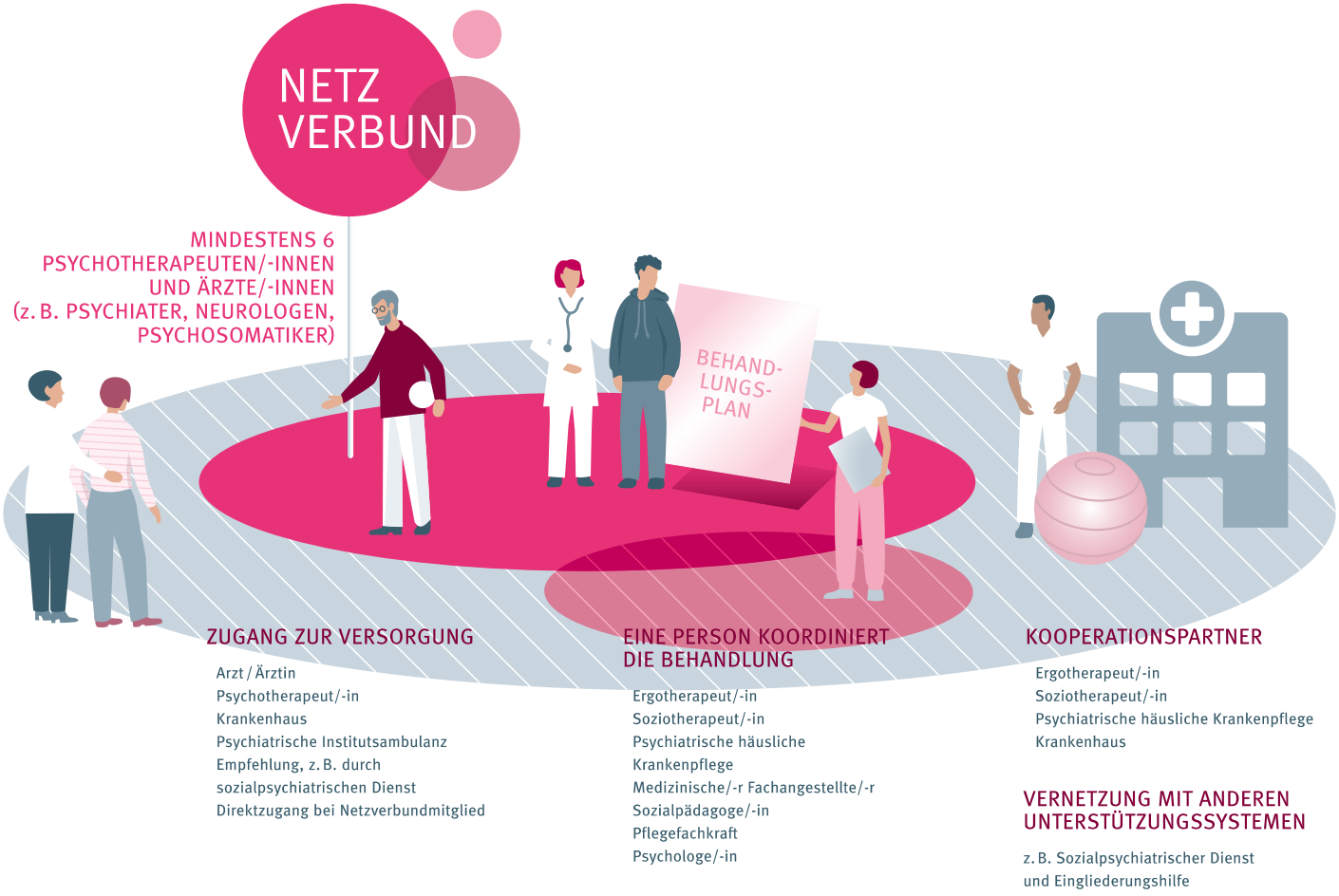
PATIENTENGRUPPE

Das Versorgungsangebot richtet sich insbesondere an schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Die Patienten müssen das 18. Lebensjahr vollendet haben. Außerdem muss eine Erkrankung F10 bis F99 nach Kapitel V der ICD-10-GM vorliegen.

Komplexer Behandlungsbedarf: Dieser liegt vor, wenn zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung der Erkrankung pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Behandlung durch unterschiedliche Disziplinen nötig ist.

Schwere der Erkrankung: Eine psychische Krankheit wird dann als schwer eingestuft, wenn der GAF-Wert höchstens ≤ 50 beträgt. GAF steht für „Global Assessment of Functioning“. Mit der Skala kann das allgemeine Funktionsniveau bei psychiatrischen Erkrankungen erfasst werden.
Näheres unter: www.kbv.de/praxis/verordnungen/soziotherapie#gaf-skala

AUFBAU UND STRUKTUR



Kernelement der Komplexversorgung sind die regionalen Netzverbünde, die mit anderen Gesundheitseinrichtungen und -berufen eng kooperieren. Patienten, die von einem Netzverbund betreut werden, haben immer eine feste Ansprechperson: Dies kann ein Arzt oder Psychotherapeut sein.

NETZVERBUND BILDEN

Um einen Netzverbund zu bilden, schließen sich mindestens sechs Ärzte und Psychotherapeuten aus einer Region, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zusammen. Sie müssen für die Versorgung von gesetzlich Versicherten zugelassen sein.

Das Kernteam im Netzverbund besteht aus:

1. mindestens 2 Fachärzten/-innen für:
   - Psychiatrie und Psychotherapie und/oder
   - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und/oder
   - Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie
2. mindestens 2 ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten/-innen oder Fachpsychotherapeut/-innen für Erwachsene
3. Fachärzten/-innen für Neurologie

Voraussetzungen: Um einen Netzverbund gründen zu können, muss mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Nummer 1 über einen vollen Versorgungsauftrag und eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut gemäß Nummer 2 mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung verfügen. Für die anderen Netzverbundmitglieder sind Versorgungsaufträge im Umfang von mindestens einem halben Versorgungsauftrag zulässig. Möglich ist dies auch, wenn sie angestellt tätig sind.

Kann der Behandlungsbedarf nicht von den Netzverbundmitgliedern und den Kooperationspartnern gedeckt werden, können im begründeten Einzelfall Ärzte oder Psychotherapeuten in die Versorgung einbezogen werden. Einbezogen werden können insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche für die Behandlung von Heranwachsenden bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Ebenfalls ist der Einbezug von ermächtigten Ärztinnen und Ärzten möglich.

Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Jeder Netzverbund kooperiert mit verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und -berufen, zum Beispiel mit Krankenhäusern, die eine psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung für Erwachsene vorhalten, und mindestens einem Ergotherapeuten, einem Soziotherapeuten oder einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Kooperation mit Krankenhäusern

Prinzipiell ist eine Kooperation mit einem Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene in der Region des Netzverbundes erforderlich; eine Kooperation mit einem Krankenhaus, welches für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig ist, ist anzustreben.

Wenn nachweislich kein Krankenhaus in der Region gefunden werden kann, das für eine Zusammenarbeit bereitsteht, kann der Netzverbund trotzdem eine Genehmigung seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erhalten, befristet auf zwei Jahre. Die zuständige KV muss hierzu das Einverständnis der Landesverbände der Krankenkassen einholen. In diesem Fall hat der Netzverbund ein Konzept für die jederzeitige Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krisen entsprechend den Vorgaben der Richtlinie des G-BA vorzulegen.

Damit die Ausnahmeregelung angewendet werden kann, müssen Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten ihre Kooperationsbemühungen nachweisen. Hierzu können sie zum Beispiel darlegen, dass Gespräche oder Informationsveranstaltungen mit Kliniken angeboten wurden oder stattgefunden haben. Sie sollten auch Datum und Ergebnis der Kooperationsangebote dokumentieren. Nimmt das Krankenhaus das Angebot nicht an, sollte es diese Ablehnung schriftlich erklären.

Kooperationsangebote müssen mindestens die Zusammensetzung des Netzverbundes, mögliche bereits verfügbare Kooperationen mit Gesundheitsberufen und die Möglichkeit der zeitnahen Übernahme von Patienten und Patientinnen nach einer stationären Behandlung beinhalten. Darüber hinaus müssen sie konkrete Ansprechpersonen des Netzverbundes während einer stationären Behandlung und die Möglichkeit zur Teilnahme des Krankenhauses an Fallbesprechungen darlegen.

Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen

Der Netzverbund kooperiert zudem mit mindestens einem der folgenden Gesundheitsberufe aus seiner Region:

- Ergotherapie
- Soziotherapie
- psychiatrische häusliche Krankenpflege

Wenn die Patientin oder der Patient es möchte, müssen weitere beteiligte Personen, zum Beispiel aus Eingliederungshilfe oder Sozialpsychiatrischen Diensten, zu regelmäßigen Fallbesprechungen eingeladen werden. Zusätzlich können die Netzverbundmitglieder an Hilfekonferenzen aus anderen Leistungsbereichen teilnehmen, zum Beispiel an Beratungen mit Wohngruppen-Betreuungen oder Reha-Einrichtungen. Ziel ist, dass die Angebote für die Betroffenen besser koordiniert und die Unterstützungssysteme verzahnt werden.

GENEHMIGUNG ERHALTEN

Die Netzverbünde legen der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen der Komplexversorgung zur Prüfung vor. Dieser Nachweis kann in Form von Vereinbarungen erfolgen, zum Beispiel einem Netzverbundvertrag oder einer schriftlichen einseitige Erklärung eines jeden Arztes beziehungsweise Psychotherapeuten. Werden die Voraussetzungen nach der Richtlinie des G-BA erfüllt, erteilt die zuständige KV eine Genehmigung. Mehr Informationen dazu erhalten Ärzte und Psychotherapeuten bei ihrer KV.

Hat sich ein Netzverbund erfolgreich gegründet, teilen die Mitglieder ihrer KV und der Landeskrankenhausgesellschaft ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit zur Information der Patientinnen und Patienten mit.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut

Innerhalb eines Netzverbundes übernimmt jeweils eine Person die Leitung der Behandlung jeweils eines Patienten: Diese leitende Person kann Arzt oder Psychotherapeut sein. Möglich ist auch, dass eine Ärztin oder ein Arzt aus der Klinik, mit der der Verbund kooperiert, die Bezugsfunktion wahrnimmt.

Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut? Grundsätzlich können beide die Funktion übernehmen. Eine Ausnahme besteht bei Patienten, deren psychopharmakologische Behandlung einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegt oder bei denen eine Konstellation vorliegt, die eine kontinuierliche Behandlung oder Überwachung durch Fachärztinnen oder Fachärzte erfordert. In diesen Fällen ist die Voraussetzung für die Übernahme der Bezugsfunktion durch den Psychotherapeuten, dass eine an der Komplexversorgung teilnehmende Fachärztin oder ein Facharzt regelmäßig in die Behandlung einbezogen wird. Innerhalb eines Netzverbundes kann jeder Arzt und Psychotherapeut als Bezugsarzt beziehungsweise Bezugspsychotherapeut für unterschiedliche Patienten tätig sein.

Voraussetzungen

Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut ist Mitglied des Netzverbundes. Er verfügt mindestens über einen halben Versorgungsauftrag oder ist in diesem Umfang angestellt. Wenn ein Facharzt oder Psychotherapeut, der in einer psychiatrischen Institutsambulanz tätig ist, die Bezugsfunktion übernehmen möchte, muss diese Tätigkeit mindestens einem halben Versorgungsauftrag entsprechen.

Die Person, die die Bezugsfunktion übernimmt, muss in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an die nichtärztliche koordinierende Person zu delegieren. Außerdem muss an mindestens vier Tagen pro Woche für jeweils mindestens 50 Minuten eine telefonische Erreichbarkeit sichergestellt werden, entweder durch die Bezugsperson selbst oder die im Gesamtbehandlungsplan benannte koordinierende Person.

Aufgaben

Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut ist verantwortlich für:

- Erstellung, Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person
- Initiierung der patientenorientierten Fallbesprechungen
- Unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teil- oder vollstationären Behandlung
- Einleitung einer somatischen Abklärung und falls nötig einer Behandlung

Koordination der Versorgung

Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt durch eine nichtärztliche Person. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten delegiert. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die koordinierende Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.

Zu den Koordinationsaufgaben gehört vor allem, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen. Die koordinierende Person vereinbart beispielsweise Behandlungstermine, besucht die Betroffenen im häuslichen Umfeld und leitet gegebenenfalls weitere Leistungen und Hilfen in die Wege. Auch damit soll erreicht werden, dass Betroffene die Therapie nicht abbrechen. Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut delegiert Aufgaben, die er nicht selbst übernehmen muss, an eine qualifizierte Fachkraft.

Folgende Berufsgruppen können die Koordinationsfunktion ausüben:

Soziotherapeut/-in, Ergotherapeut/-in, psychiatrische/-r häusliche/-r Krankenpfleger/-in, Medizinische/-r Fachangestellte/-r, Sozialarbeiter/-in, Sozialpädagoge/-in, Pflegefachkraft, Psychologe/-in

Voraussetzungen

Erforderlich ist eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Organisation und Aufgaben

Die Mitglieder des Netzverbundes sorgen dafür, dass die Patientinnen und Patienten zeitnah behandelt und in Krisen jederzeit betreut werden können. Letzteres kann auch in Kooperation mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie ambulanten psychiatrischen Pflegediensten oder Krankenhäusern gewährleistet werden. Die Mitglieder verständigen sich zudem auf einheitliche Standards, zum Beispiel in der Patientenkommunikation. Auch die Behandlungsdokumentation und das Erstellen der Befunde erfolgt einheitlich.

ABLAUF DER BEHANDLUNG

10 SCHRITTE

PATIENTEN 1
Zugang über Überweisung, Empfehlung (z. B. Hausarzt)
Auch Direktzugang möglich

TERMIN 2
Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Tagen
zur Prüfung der Versorgungsvoraussetzungen

DIAGNOSTIK 3
Beginn der differenzialdiagnostischen Abklärung innerhalb
von 7 Werktagen nach Feststellung der Versorgungsvoraussetzungen
Psychische, somatische und soziale Diagnostik und Indikationsstellung,
wenn nötig interdisziplinäre Abstimmung

LEITUNG 4
Bezugsarzt/-psychotherapeut wird festgelegt
– bleibt während der gesamten Versorgung
leitend verantwortlich

KOORDINATION 5
Delegation durch Bezugsarzt/-psychotherapeut an
qualifizierte Fachkraft (z. B. MFA mit Zusatzqualifikation
oder Berufserfahrung im Bereich psychischer Erkrankungen)
Idealerweise vertraute Person

PLAN 6
Erstellung des Gesamtbehandlungsplans:
Festlegung von Zielen, Maßnahmen und Kriseninterventionsplan
Einbezug Patient/-in, sowie aller Hilfen und Bezugspersonen
Nennung der koordinierenden Person

BEHANDLUNG 7
Bezugsarzt/-psychotherapeut leitet und verantwortet
Koordination und Abstimmung der Behandlung
Gewährleistung einer stabilen Beziehung zum Patienten

AUSTAUSCH 8
Fallbesprechungen aller beteiligten Fachpersonen
spätestens 1 Monat nach Erstkontakt, danach mind. 2 Mal pro Quartal
Ggf. Einbezug Fachpersonen anderer sozialgesetzlicher
Leistungsbereiche und Teilnahme an Hilfekonferenzen

CHECK 9
Gesamtbehandlungsplan gilt verbindlich
Änderungsbedarf wird durch Bezugsarzt/-psychotherapeut geprüft
Halbjährliche Überprüfung der Versorgungsvoraussetzungen
inkl. Dokumentation des Ergebnisses und möglicher Änderungen

ZIEL 10
Bei Erreichung der Therapieziele oder Versorgungsende erfolgt
Überleitung in Regelversorgung
Erstellung eines Überleitungsplans mit Informationen zur bisherigen Behandlung

Wiederaufnahme der Komplexversorgung: Patienten können wiederaufgenommen werden, sofern Voraussetzungen erfüllt sind. Behandlung erfolgt idealerweise wieder durch denselben Netzverbund.

DAS SIND DIE WESENTLICHEN BAUSTEINE

Ob ein Patient beziehungsweise eine Patientin für die ambulante psychiatrische Komplexbehandlung geeignet ist, stellt ein Netzverbundmitglied anhand der vorgegebenen Kriterien in der Eingangssprechstunde fest. Im Anschluss erfolgt eine differentialdiagnostische Abklärung, auf deren Grundlage der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut den Behandlungsplan erstellt. Alle Therapieschritte werden eng abgestimmt und koordiniert. Dazu finden beispielsweise regelmäßig Fallkonferenzen statt.

Empfehlung oder Überweisung: Der Erstkontakt zum Netzverbund kann über eine Überweisung oder Empfehlung durch jeden Arzt, Psychotherapeuten oder Sozialpsychiatrischen Dienst zustande kommen. Auch Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen können Erkrankten die ambulante psychiatrische Komplexbehandlung empfehlen. Der direkte Zugang über ein Mitglied des Netzverbunds ist ebenfalls möglich.

Eingangssprechstunde: Diese soll möglichst innerhalb von 7 Werktagen nach Überweisung, direkter Kontaktaufnahme durch den Patienten oder Empfehlung stattfinden. In der Eingangssprechstunde wird geprüft, ob die ambulante Komplexversorgung für die Patientin oder den Patienten das richtige Angebot ist.

Differentialdiagnostische Abklärung: Sind die Einschlusskriterien erfüllt, soll in der Regel innerhalb von 7 Werktagen die differentialdiagnostische Abklärung (somatisch, psychisch und sozial) beginnen – durch einen Arzt oder eine Ärztin des Netzverbundes. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

Mitteilung an die Krankenkassen: Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut informiert die Krankenkasse der Patientin oder des Patienten darüber, dass die Behandlung in dem Netzverbund beginnt und wenn die Behandlung beendet wird. Eine parallele Behandlung in mehreren Netzverbünden ist Betroffenen nicht erlaubt.

Gesamtbehandlungsplan: Auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten einen Gesamtbehandlungsplan. Soweit es erforderlich ist, 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 sowie zu Notwendigkeit, Umfang und Art der weiteren Abstimmung, zum Beispiel als Fallbesprechung oder Konsil zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Netzverbundmitgliedern.

Aufgeführt ist ferner, ob und in welchem Umfang der Patient Heilmittel, 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. Die für die Koordination zuständige Fachkraft wird namentlich im Plan aufgeführt.

Um die Vernetzung mit anderen Unterstützungssystemen außerhalb des SGB V zu verbessern, werden alle bestehenden Hilfen – soweit sie dem Bezugsarzt beziehungsweise dem Bezugspsychotherapeuten bekannt sind – im Gesamtbehandlungsplan dokumentiert.

Der Behandlungsplan beinhaltet zudem einen Kriseninterventionsplan. Hierfür bespricht der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut mit dem Patienten oder einer Bezugsperson, wie Krisen vermieden werden können, wie mit Krisen umgegangen wird und welche Hilfen im Krisenfall verfügbar sind.

Der Behandlungsplan ist für alle, die an der Komplexversorgung beteiligt sind, verbindlich. Er soll mindestens halbjährlich überprüft werden.

Fallbesprechung: In regelmäßigen Fallbesprechungen mit allen an der Versorgung Beteiligten wird überprüft, inwieweit die Therapieziele erreicht sind oder ob eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans notwendig ist. Fallbesprechungen sollten mindestens zweimal im Quartal erfolgen, erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten in der Eingangssprechstunde.

Zusätzlich können auf Wunsch der Patientin oder des Patienten weitere Personen zu Fallbesprechungen eingeladen werden, zum Beispiel Mitarbeiter der Eingliederungshilfe oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Fallbesprechungen sind auch per Video oder Telefon möglich.

Einbezug von Hilfen außerhalb des SGB V und Teilnahme an Hilfekonferenzen: Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Hilfsangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden. Ärzte und Psychotherapeuten, die an der Komplexversorgung beteiligt sind, können mit Einwilligung und nach vorheriger Information der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten an Hilfekonferenzen anderer sozialgesetzlicher Leistungsbereiche teilnehmen, zum Beispiel an Beratungen mit Wohngruppen-Betreuungen oder Reha-Einrichtungen.

Überleitung in die Anschlussversorgung: Bei erfolgreicher Therapie ist eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung anzustreben. Hierzu erstellt der Bezugsarzt beziehungsweise Bezugstherapeut einen Überleitungsplan, der die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf enthält.

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Für zusätzliche Aufgaben in der Komplexversorgung sind zum 1. Oktober 2022 neun Gebührenordnungspositionen (GOP) in den neuen EBM-Abschnitt 37.5 aufgenommen worden. Nur Ärzte und Psychotherapeuten, die in einem Netzverbund tätig sind, können diese Leistungen abrechnen. Eine Voraussetzung ist, dass der Netzverbund durch die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt wurde.

Eingangssprechstunde: Für die Anamnese und die Prüfung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der Komplexbehandlung in der Eingangssprechstunde gibt es eine Pauschale (GOP 37500). Der Arzt oder Psychotherapeut, der die Leistung erbringt, kann die GOP bis zu viermal im Krankheitsfall abrechnen (236 Punkte je vollendete 15 Minuten).

Differentialdiagnostik: Die Abrechnung der Differentialdiagnostik erfolgt über die GOP 37510 (231 Punkte je vollendete 15 Minuten). Die Leistung kann bis zu viermal im Krankheitsfall berechnet werden – von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie.

Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans: Hierfür ist die GOP 37520 einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig (448 Punkte). Die GOP kann ausschließlich der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut abrechnen.

Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten: Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut, der die zentrale Ansprechperson für den Patienten ist, kann für zusätzliche Aufgaben einmal im Quartal die GOP 37525 (450 Punkte) ansetzen. In dieser Zusatzpauschale ist zum Beispiel die Aktualisierung des Behandlungsplans enthalten.

Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person: Für die Koordination der Versorgung durch eine Medizinische Fachangestellte oder eine Person, die beispielsweise in psychiatrischer häuslicher Krankenpflege ausgebildet ist, kann der Bezugsarzt oder -psychotherapeut einmal im Quartal die GOP 37530 (577 Punkte) abrechnen. Muss der Patient im häuslichen Umfeld aufgesucht werden, ist die GOP 37535 (166 Punkte) bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Fallbesprechungen: Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Fallbesprechung teilnehmen, können bis zu viermal im Behandlungsfall die GOP 37550 (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 beziehungsweise -psychotherapeut, der die Videofallbesprechung initiiert, zusätzlich den Technikzuschlag für Videosprechstunden abrechnen (GOP 01450).

Zuschlag zu Fallbesprechungen: Nimmt mindestens eine nichtärztliche Person an der Besprechung teil, zum Beispiel eine Ergotherapeutin, rechnet der Bezugsarzt oder -psychotherapeut zusätzlich die GOP 37551 (128 Punkte je zehn Minuten) ab.

Organisations- und Managementaufgaben: Eine Zusatzpauschale wird für Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände des Netzverbundes gezahlt; der Bezugsarzt- oder Bezugspsychotherapeut kann die GOP 37570 (200 Punkte) einmal im Quartal abrechnen.

DIE LEISTUNGEN IM ÜBERBLICK

GOP	Leistung	Hinweise	Bewertung (Punkte)
37500	Eingangssprechstunde	je vollendete 15 Minuten, höchstens viermal im Krankheitsfall	236
37510*	Differentialdiagnostische Abklärung	je vollendete 15 Minuten, höchstens viermal im Krankheitsfall	231
37520	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans	einmal im Krankheitsfall	448
37525	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes / Bezugspsychotherapeuten	einmal im Behandlungsfall	450
37530	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person	einmal im Behandlungsfall	577
37535	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person	je Sitzung, höchstens dreimal im Behandlungsfall	166
37550	Fallbesprechung	je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Behandlungsfall	128
37551	Zuschlag zur GOP 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher / nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-RL	je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Behandlungsfall	128
37570	Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes	einmal im Behandlungsfall	200

*kann ausschließlich von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie berechnet werden.

Hinweis: Die Gebührenordnungspositionen 37520, 37525, 37530, 37535, 37551 und 37570 können ausschließlich durch den Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten berechnet werden.

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

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de

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

Abrufbar und kostenfrei bestellbar 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:
Interne Kommunikation im Stabsbereich Politik, Strategie und Kommunikation

Fachliche Betreuung:
Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur
Dezernat Vergütung und Gebührenordnung

Stand:
Dezember 2025

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