

18.03.2025

Vergütung der ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ab 1. April

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Vergütung von Leistungen für die ambulante Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ab dem 1. April steht fest. Hierzu haben KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband im ergänzten Bewertungsausschuss (ergBA) einen Beschluss zur Aufnahme mehrerer neuer Leistungen in den EBM gefasst (111. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung). Nach der ambulanten Komplexversorgung für Erwachsene mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen kann damit auch das Programm für Kinder und Jugendliche starten.

Die neuen Leistungen im Überblick

Der Beschluss sieht vor, dass für die Leistungen der ambulanten Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen zum 1. April ein neuer Abschnitt 37.6 in das EBM-Kapitel 37 aufgenommen wird.

GOP 37600 – Eingangssprechstunde (236 Punkte je vollendete 15 Minuten)

- Höchstens 6-mal im KHF berechnungsfähig
- Davon bis zu 3-mal mit relevanter Bezugsperson ohne Anwesenheit des Patienten
- Berücksichtigung beim Strukturzuschlag

GOP 37610 – Differentialdiagnostische Abklärung (231 Punkte je vollendete 15 Minuten)

- Höchstens 6-mal im KHF berechnungsfähig
- Davon bis zu 3-mal mit relevanter Bezugsperson ohne Anwesenheit des Patienten

GOP 37620 – Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans (448 Punkte, bei einem Team mit mindestens fünf Teilnehmern 627 Punkte)

- Einmal im KHF berechnungsfähig
- Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut erhält die höhere Vergütung (GOP 37620: 627 Punkte), wenn zu dem zentralen und erweiterten Team fünf oder mehr Ärzte, Psychotherapeuten und andere an der Versorgung beteiligte Personen gehören. Er muss dies in seiner Abrechnung mit einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung „T“ dokumentieren.

GOP 37625 – Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten (450 Punkte, bei einem Team mit mindestens fünf Teilnehmern 630 Punkte)

- Einmal im BHF berechnungsfähig
- Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut erhält die höhere Vergütung (GOP 37620: 627 Punkte), wenn zu dem zentralen und erweiterten Team fünf oder mehr Ärzte, Psychotherapeuten und andere an der Versorgung beteiligte Personen gehören. Er muss dies in seiner Abrechnung mit einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung „T“ dokumentieren.

GOP 37626 – Zuschlag zur GOP 37625 für Leistungen im Rahmen der Transition (232 Punkte)

- Einmal im BHF berechnungsfähig
- Zweimal im BHF berechnungsfähig mit medizinischer Begründung
- Voraussetzung: Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung nach der GOP 37650 mit dem für den Erwachsenenbereich zuständigen Arzt oder Psychotherapeuten in den letzten vier Quartalen vor einer Überleitung in die Erwachsenenversorgung

GOP 37630 – Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person (577 Punkte, ab einem Team mit mindestens fünf Teilnehmern 808 Punkte)

- Einmal im BHF berechnungsfähig
- Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut erhält die höhere Vergütung (GOP 37620: 627 Punkte), wenn zu dem zentralen und erweiterten Team fünf oder mehr Ärzte, Psychotherapeuten und andere an der Versorgung beteiligte Personen gehören. Er muss dies in seiner Abrechnung mit einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung „T“ dokumentieren.

GOP 37635 – Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person (166 Punkte)

- Höchstens 5-mal im BHF berechnungsfähig

GOP 37650 – Fallbesprechung (128 Punkte je vollendete 10 Minuten)

- Höchstens 8-mal im BHF berechnungsfähig
- Kann auch per Video oder Telefon stattfinden
- Berechtigte Abrechnung der Fachgruppen gemäß der vierten Bestimmung zum EBM-Abschnitt 37.6

GOP 37651 – Zuschlag zur GOP 37650 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher oder nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer (128 Punkte je vollendete 10 Minuten)

- Höchstens 8-mal im BHF berechnungsfähig

GOP 37655 – SGB-übergreifende Hilfekonzferenz (128 Punkte je vollendete 10 Minuten)

- Höchstens 8-mal im KHF berechnungsfähig
- Kann auch per Video oder Telefon stattfinden

GOP 37656 – Zuschlag zur GOP 37655 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher oder nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer (128 Punkte je vollendete 10 Minuten)

- Höchstens 8-mal im KHF berechnungsfähig

Hinweise zur Abrechnung

Die neuen GOP, **ausgenommen die GOP 37650**, können **ausschließlich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten berechnen**, die nach der KJ-KSVPsych-RL (§ 4 Absatz 1) zur Teilnahme an der Komplexversorgung berechtigt sind. Sie müssen ihre Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erklärt haben (§ 4 Absatz 2).

Die **GOP 37620, 37625, 37630, 37635, 37651 und 37656** können nur von **Bezugsärzten und Bezugspsychotherapeuten abgerechnet werden**. Mit der ergänzenden Regelung wurde zudem festgelegt, dass die GOP 37610 und 37620 nur abgerechnet werden dürfen, wenn im selben Quartal oder dem Quartal davor die GOP 37600 berechnet wurde.

Weitere Anpassungen im EBM

Aufgrund der neuen Leistungen erfolgen weitere Anpassungen im EBM, um beispielsweise die Kennzeichnung von Besuchen oder die Abrechnung von Videofallkonferenzen zu regeln:

- Abgerechnete Besuche (GOP 01410 bis 01413 und 01415) sind zu kennzeichnen, wenn sie im Zusammenhang mit den neuen Leistungen in Abschnitt 37.6 erfolgen. Diese müssen in der Abrechnung mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung „L“ dokumentiert werden.
- Die Fallbesprechungen und Hilfekonferenzen (GOP 37650 und 37655) können auch per Video erfolgen. In diesem Fall kann der Vertragsarzt oder -psychotherapeut, der die Videofallkonferenz initiiert, zusätzlich den Technikzuschlag für Videosprechstunden (GOP 01450) abrechnen.
- Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220 und 23220), die im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 berechnet werden, sind mit der bundeseinheitlichen Codierung „N“ zu kennzeichnen, bei Videosprechstunden mit „Z“. Sie sind in diesem Fall auch häufiger berechnungsfähig – insgesamt bis zu 25-mal im Behandlungsfall, davon bis zu fünfmal auch mit Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten.

Die neuen Leistungen des Abschnitts 37.6 EBM werden zunächst extrabudgetär finanziert. Außerdem erfolgt die Finanzierung der zusätzlichen Gespräche nach den GOP 22220 und 23220 ab dem 16. Gespräch im Behandlungsfall ebenfalls zunächst extrabudgetär.

Weitere Informationen können sie folgenden Seiten entnehmen:

www.kbv.de/html/12177.php bzw. www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Kassenärztliche Vereinigung Saarland