

KVB 80684 München

An alle Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, psychotherapeutisch tätige Ärzte, Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten, Frauenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Referat Versorgungsinnovationen

Ihre Ansprechpartner:
KVB Servicetelefonie
Telefon: 08957093-40010

Unser Zeichen: VI
26.10.2022

***** Vergütung der Leistungen der KSVPsych-RL zum 01.10.22 beschlossen *****

**Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
(KSVPsych-RL)**

- **Allgemeine Informationen**
- **Regelungen zur Abrechnung und Vergütung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bereits zum 18. Dezember 2021 trat die KSVPsych-Richtlinie in Kraft. Mit dem 1. Oktober 2022 wurde nunmehr auch die Vergütung der Leistungen aus dieser Richtlinie vom erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen.

Mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen einen Überblick über die wesentlichen Inhalte zur Komplexversorgung der KSVPsych-Richtlinie geben. Zusätzlich finden Sie in der Anlage eine Übersicht der dazugehörigen EBM-Leistungen, der Sie die relevanten Gebührenordnungspositionen im Detail für Ihre Abrechnung entnehmen können.

Zielsetzung der KSVPsych-RL

Die Richtlinie beschreibt und regelt ein neues Versorgungsprogramm für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Im Sinne der Patienten stehen dabei im Vordergrund:

Datenschutzhinweis: Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.

- Die berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Versorgung
- Eine aufeinander abgestimmte und vernetzte wohnortnahe Betreuung
- Ein sektorübergreifender Ansatz

Zielgruppe Patienten [§2 KSVPsych-RL]

Die Versorgung richtet sich an Erwachsene mit einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung, wobei die nachfolgenden drei Kriterien erfüllt sein müssen:

| | | |
|---|-------------------|-------------------------------------|
| ✓ | Gruppierung | F10 – F99 [Kapitel V, ICD-10-GM] |
| ✓ | GAF-Wert | Höchstens 50 |
| ✓ | Behandlungsbedarf | Komplex |

Netzverbund [§3 KSVPsych-RL]

Für den vertraglichen Zusammenschluss zu regionalen Netzverbänden gelten nachstehende Anforderungen:

| | |
|----------------------|--|
| Mögliche Fachgruppen | <p><i>Fachgruppe 1</i> Fachärzte für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrie und Psychotherapie ▪ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie <p><i>Fachgruppe 2</i> Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten</p> <p><i>Fachgruppe 3</i> Fachärzte für Neurologie</p> <p>Die Teilnahme an einem Netzverbund ist sowohl mit einem <i>halben oder einem vollen Versorgungsauftrag</i> möglich.</p> |
|----------------------|--|

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Mindestgröße für Netzverbund | | 10 Mitglieder |
| Fachgruppenbesetzung | | Mindestens <i>jeweils 4 Personen</i> aus den <i>Fachgruppen 1. und 2.</i> [s.o.] |
| Zentraler Ansprechpartner | | Bezugsarzt bzw. Bezugstherapeut [gemäß §4 KSVPsych-RL] Der Bezugsarzt bzw. Bezugstherapeut muss über einen <i>vollen Versorgungsauftrag verfügen.</i> |
| Bezugsarzt / Bezugstherapeut | 1. Verantwortung | In Abstimmung mit dem Patienten verantwortlich für <i>Gesamtbehandlungsplan</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung ▪ Überprüfung ▪ Fortschreibung |
| | 2. Zusammenarbeit mit nichtärztlicher Fachkraft [gemäß §5 KSVPsych-RL] | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordination der Versorgung ▪ Delegation bestimmter Leistungen, an nichtärztliche Fachkraft (z.B. Besuch im häuslichen Umfeld) |



Kooperationspartner [§3 Abs. 3 KSVPsych-RL]

Netzverbände müssen eng mit qualifizierten Gesundheitsberufen wie Ergo- oder Sozialtherapeuten oder Leistungserbringern der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege sowie mit Kliniken, die über eine psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung für Erwachsene verfügen, kooperieren. Nachgewiesen wird dies durch Kooperationsverträge:

| | |
|------------------------------------|--|
| Erforderliche Kooperationsverträge | Mindestens <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>1x Klinik</i> ▪ <i>1x qualifizierter Gesundheitsberuf</i> |
|------------------------------------|--|

Ablauf der Versorgung [§§7 und 8 KSVPsych-RL]

Die Überweisung oder Empfehlung in die Versorgung der KSVPsych-Richtlinie kann durch Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, sozialpsychiatrische Dienste, ermächtigte Einrichtungen, Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen erfolgen. Mit der Empfehlung oder Überweisung soll der Patient über das Versorgungsangebot informiert werden und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Netzverbände. Eine Übersicht über die genehmigten Netzverbände und deren Angebot sowie Ansprechpartner für die überweisenden Ärzte findet sich zudem auf der Homepage der KVB. Der zeitliche Ablauf nach Überweisung in den Netzverbund sollte sich wie folgt gestalten:

| Zeitlicher Ablauf nach Überweisung in Netzverbund | |
|---|--|
| Innerhalb von <i>7 Werktagen</i> | <i>Eingangssprechstunde</i> durch ein Mitglied des Netzverbundes |
| Bei Vorliegen der Voraussetzungen [gemäß KSVPsych-RL]  | |
| Nach weiteren <i>7 Werktagen</i> | <i>Differenzialdiagnostische Abklärung</i> durch fachärztliches Mitglied des Netzverbundes [vgl. Fachgruppen] |
| Auf dieser Basis  | |
| In Abstimmung <i>mit dem Patienten</i> | Erstellung <i>Gesamtbehandlungsplan</i> mit <i>Therapiezielen</i> und Angaben zum <i>Bedarf</i> an <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztlichen Maßnahmen ▪ Pharmakologischen Maßnahmen ▪ Psychotherapeutischen Maßnahmen |

Genehmigung durch die KV [§3 Abs. 9 KSVPsych-RL]

Um mit einem Netzwerk an der KSVPsych-Richtlinie teilnehmen zu können, muss ein Genehmigungsantrag zusammen mit dem Netzwerkvertrag und den Kooperationsverträgen eingereicht werden. Nach erfolgreicher Prüfung wird die Genehmigung erteilt und die Leistungen können durchgeführt und abgerechnet werden.

Abrechnung und Vergütung

Zur Vergütung der zusätzlichen Aufgaben in der Komplexversorgung werden zum 1. Oktober 2022 mehrere Gebührenordnungspositionen in den neuen Abschnitt 37.5 des EBM aufgenommen. Nur Ärzte und Psychotherapeuten, die in einem genehmigten Netzwerk tätig sind (s. o.), können diese Leistungen abrechnen.

Die neuen Gebührenordnungspositionen und Details zur Abrechnung wie Abrechnungsbestimmungen und notwendige Kennzeichnungen entnehmen Sie bitte der Übersicht in der Anlage zu diesem Schreiben.

Informationen rund um die KSVPsych-Richtlinie sowie das Antragsformular und eine Übersicht der genehmigten Netzwerke finden Sie unter

- www.kvb.de Praxis → Versorgungsformen → KSVPsych-Richtlinie

Freundliche Grüße

gez.

Fabian Demmelhuber

Leiter Referat Versorgungsinnovationen

Übersicht der EBM-Leistungen zur KSVPsych-RL ab 1. Oktober 2022

Die Gebührenordnungspositionen des neuen Abschnitts 37.5 EBM - mit Ausnahme der GOP 37510 s.u. - können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die gemäß § 3 Absatz 1 KSVPsych-RL zur Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL berechtigt sind, berechnet werden (Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten). Dem Netzverbund muss eine Genehmigung gemäß § 3 Absatz 9 KSVPsych-RL der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen.

| GOP | Beschreibung | Bewertung | Anmerkungen |
|-------------------------------|---|------------|---|
| Eingangsuntersuchung | | | |
| 37500 | Eingangssprechstunde - Einzelbehandlung - Je vollendete 15 Minuten - Max. 4x im Krankheitsfall | 236 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> • Wird beim Strukturzuschlag nach GOP 35573 berücksichtigt. • Bei der Nebeneinanderberechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde nach GOP 35151 und GOP 37500 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in GOP 35151 angegeben Voraussetzung für die Berechnung der GOP 37500. • Nicht neben den Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen berechnungsfähig. |
| Differentialdiagnostik | | | |
| 37510 | Differenzialdiagnostische Abklärung - Je vollendete 15 Minuten - Max. 4x im Krankheitsfall Nur abrechenbar von in KSVPsych-RL aufgeführten Fachärzten für › Psychiatrie und Psychotherapie › Psychosomatische Medizin und Psychotherapie › Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie | 231 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> • Nur berechnungsfähig, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, die GOP 37500 berechnet wurde. • Nicht neben den Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen (Abschnitt 1.2 EBM) berechnungsfähig. |
| Fallbesprechungen | | | |
| 37550 | Fallbesprechung - Patientenorientierte Fallbesprechung unter Einbezug der an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen - Je vollendete 10 Minuten - Max. viermal im Behandlungsfall | 128 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> • Auch bei einer Fallbesprechung per Telefon oder Video berechnungsfähig. |

Nachfolgende Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich durch den Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnungsfähig:

| Behandlungsplan und Leistungen des Bezugsarztes bzw. -psychotherapeuten | | | |
|--|--|------------|---|
| 37520 | Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans - Einmal im Krankheitsfall | 448 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> Nur berechnungsfähig, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, die GOP 37500 berechnet wurde. Ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnungsfähig. |
| 37525 | Zusatzpauschale für weitere Leistungen des Bezugsarztes/-therapeuten - Inhalte u. a. Dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes, fachlicher Austausch und Abstimmung mit den an der Behandlung Beteiligten. - Einmal im Behandlungsfall | 450 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> In der gleichen Sitzung nicht neben der Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung nach GOP 21232 berechnungsfähig. Ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnungsfähig. |
| Leistungen der Koordination (nichtärztliche Personen) | | | |
| 37530 | Koordination der Versorgung durch nichtärztliche Personen - Inhalte u. a. Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer, Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, Terminvereinbarungen bei den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. - Fakultativ Gespräche im Lebensumfeld und regelmäßiger Kontakt mit dem Patienten und Hinwirken auf Termintreue. - Einmal im Behandlungsfall | 577 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> Die Erbringung wird vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten an eine nichtärztliche Person übertragen. Die Abrechnung der GOP erfolgt durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten. |
| 37535 | Aufsuchen eines Patienten durch eine nichtärztliche Person - Persönlicher Patienten-Kontakt durch die nichtärztliche koordinierende Person - Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld - Je Sitzung - Max. dreimal im Behandlungsfall | 166 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> Die Erbringung wird vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten an eine nichtärztliche Person übertragen. Die Abrechnung der GOP erfolgt durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten. In der gleichen Sitzung nicht neben den durch nichtärztliche Mitarbeiter erbrachten Leistungen nach den GOPen 03062, 03063, 38100 und 38105 berechnungsfähig. |
| Zuschlag Fallbesprechungen, Zuschlag Netzwerk | | | |
| 37551 | Zuschlag zur GOP 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer , die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind - Je vollendete 10 Minuten - Max. viermal im Behandlungsfall | 128 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> Ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten berechnungsfähig. Die Vergütung nach GOP 37551 ist durch den Bezugsarzt bzw. den Bezugspsychotherapeuten an die entsprechenden nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer zu verteilen. |
| 37570 | Zusatzpauschale Organisations- und Managementaufgaben / Technische Aufwände Netzwerk - Vergütung des Zusatzaufwandes für Aufgaben und Organisation - Einmal im Behandlungsfall | 200 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> Ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten berechnungsfähig. |

Sonstiges:

- ⇒ **Psychotherapeutische Gespräche nach den GOPen 22220 und 23220**, die im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 berechnet werden, sind in diesen Fällen insgesamt bis zu 20-mal im Behandlungsfall berechnungsfähig. **Die GOPen sind entsprechend zu kennzeichnen [22220L (persönlich) bzw. 22220W (per Video) / 23220L (persönlich) bzw. 23220W (per Video)].**
- ⇒ Die GOP 37500 (Eingangssprechstunde) wird bei der Strukturpauschale nach GOP 35573 berücksichtigt (erfolgt automatisch durch die KVB).
- ⇒ Werden im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 **Besuche nach den GOPen 01410 bis 01413 und 01415** durchgeführt, sind diese **gesondert zu kennzeichnen (01410L bis 01413L, 01415L).**
- ⇒ Bei Durchführung der neuen Fallbesprechung nach GOP 37550 im Rahmen einer **Videosprechstunde** kann der Technikzuschlag nach GOP 01450 vom Arzt/Psychotherapeut, der die Videofallkonferenz initiiert hat, abgerechnet werden.

Den Beschluss des Ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner Sitzung vom 4. Juli 2022 finden Sie auf der Internetseite unter www.institut-des-bewertungs-ausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse.