

Ambulante Komplexversorgung

Für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen gibt es **seit 1. Oktober 2022** ein spezielles Versorgungsprogramm: die **ambulante Komplexversorgung**. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in einer Richtlinie die Details für eine **berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Erwachsene mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf** geregelt (KSVPsych-RL).

Ein **komplexer Behandlungsbedarf** liegt vor, wenn zur Heilung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung der Erkrankung pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen durch Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen nötig ist. Dabei müssen die Patienten das **18. Lebensjahr** vollendet haben. Außerdem muss eine **Erkrankung F10 bis F99 nach Kapitel V der ICD-10-GM** vorliegen.

Ein schnellerer Zugang zu einer qualifizierten 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 Patienten mit wiederkehrenden psychischen Krisen sollen so dabei unterstützt werden, möglichst stabil und selbstständig zu leben.

Kernelemente des Programms

Netzverbund und Kooperationspartner:

Um eine zeitnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung bieten zu können, schließen sich Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Nervenheilkunde und Psychosomatik sowie Psychotherapeuten zu regionalen Netzverbänden 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 hinzu.

Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeut:

Innerhalb des Netzverbundes gibt es für die Patienten einen festen Ansprechpartner. Dieser erstellt u.a. den Behandlungsplan und koordiniert alle Therapieschritte.

Behandlungsplan und Fallbesprechungen:

Für jeden Patienten wird ein Behandlungsplan erstellt, 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 sieben Werktagen einen Termin erhalten. Das gleiche gilt für die sich anschließende differentialdiagnostische Abklärung.

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, zum Beispiel einer Medizinischen Fachangestellten, einem Sozialarbeiter oder einer Pflegefachkraft ausgeführt.

Netzverbund bilden

Ein Netzverbund besteht aus einem Zusammenschluss von **mindestens sechs** Ärzten sowie Psychotherapeuten aus einer Region. Sie müssen für die Versorgung von gesetzlich Versicherten zugelassen sein.

Das Kernteam im Netzverbund besteht aus:

- ✓ mindestens 2 Fachärzten für:
 - Psychiatrie und Psychotherapie und/oder
 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und/oder
 - Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie
- ✓ mindestens 2 ärztlichen und/oder Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Fachpsychotherapeuten für Erwachsene
- ✓ ggf. Fachärzten für Neurologie

Mindestens ein Facharzt verfügt über einen **vollen Versorgungsauftrag** bzw. eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung.

Mindestens ein ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut verfügt über einen **halben Versorgungsauftrag** bzw. eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung.

Alle weiteren Netzverbundmitglieder müssen über mindestens einen **halben Versorgungsauftrag** verfügen.

Organisation und Aufgaben des Netzverbundes

Die Mitglieder des Netzverbundes sorgen dafür, dass die 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, z. B. in der Patientenkommunikation. Auch die Behandlungsdokumentation und das Erstellen der Befunde erfolgen einheitlich.

Berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Damit die Übergänge zur stationären Behandlung reibungsloser gestaltet werden können, schließt der Netzwerk Kooperationsverträge mit **mindestens einem Krankenhaus** in der räumlichen Nähe zum Netzwerk, das eine **psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung für Erwachsene** hat, und **mindestens einem** Dienst für psychiatrische häusliche Krankenpflege oder einer Person aus den Gesundheitsbereichen Ergotherapie und Soziotherapie ab.

Die Kooperation mit einem in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Krankenhaus sowie mit einem Krankenhaus, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt, ist anzustreben.

Im Ausnahmefall kann ein Netzwerk befristet für zwei Jahre auch ohne Krankenhauskooperation genehmigt werden. In diesem Fall ist ein Konzept zur jederzeitigen Krisenbetreuung der Patienten vorzulegen.



Genehmigung für Netzwerk

Netzwerke benötigen eine Genehmigung der KV Thüringen, um die Leistungen der Komplexversorgung (Abschnitt 37.5 EBM) abrechnen zu können. Dazu reichen sie den Netzwerkvertrag oder schriftliche Erklärungen eines jeden teilnehmenden Arztes, Psychotherapeuten und der Kooperationspartner ein.

Bezugsarzt | Bezugspsychotherapeut

Der Bezugsarzt bzw. -psychotherapeut übernimmt als zentrale Ansprechperson die Leitung der Behandlung und trägt die Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan des Patienten. Sie oder er ist **Netzwerkmitglied** oder bei einem Netzwerkmitglied angestellt, verfügt über **mindestens einen halben Versorgungsauftrag** oder eine diesem Umfang entsprechende Anstellungsgenehmigung und stellt eine **telefonische Erreichbarkeit** an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sicher (entweder durch ihn selbst oder eine im Gesamtbehandlungsplan benannte koordinierende Person). Sie oder er ist verantwortlich für die Erstellung, Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans, die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teil- oder vollstationären Behandlung und die Einleitung einer somatischen Abklärung und falls nötig einer Behandlung.

Der Bezugsarzt bzw. -psychotherapeut gehört einer der folgenden **Fachgruppen** an:

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt für Nervenheilkunde
- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeut für Erwachsene.

Koordination der Versorgung

Zu den Koordinationsaufgaben gehört vor allem, die Patienten zu motivieren, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen. Die Person vereinbart bspw. 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: Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, psychiatrische häusliche Krankenpflegepersonen, Medizinische Fachangestellte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pflegefachpersonen, Psychologen.

Abrechnung und Vergütung

Für zusätzliche Aufgaben in der Komplexversorgung wurden zum 1. Oktober 2022 neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM-Abschnitt 37.5 aufgenommen. Nur Ärzte und Psychotherapeuten, die in einem Netzwerk tätig sind, können diese Leistungen abrechnen. Eine Voraussetzung ist, dass der Netzwerk durch die KV Thüringen genehmigt wurde.

GOP (EBM)	Leistungsinhalt	Hinweise	Bewertung (Punkte)
37500	Eingangssprechstunde ➤ Anamnese und Prüfung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der Komplexbehandlung	je vollendete 15 Minuten, max. 4x im Krankheitsfall	236
37510	Differentialdiagnostische Abklärung ➤ ausschließlich von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie berechenbar	je vollendete 15 Minuten, max. 4x im Krankheitsfall	231
37520	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans ➤ ausschließlich vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten berechenbar	1x im Krankheitsfall	448
37525	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes/-psychotherapeuten ➤ z. B. Aktualisierung des Behandlungsplans ➤ ausschließlich vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten berechenbar	1x im Behandlungsfall	450
37530	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person ➤ z. B. durch eine Medizinische Fachangestellte oder eine Person, die bspw. in psychiatrischer häuslicher Krankenpflege ausgebildet ist ➤ ausschließlich vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten berechenbar	1x im Behandlungsfall	577
37535	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person ➤ z. B. durch eine Medizinische Fachangestellte oder eine Person, die bspw. in psychiatrischer häuslicher Krankenpflege ausgebildet ist ➤ ausschließlich vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten berechenbar	je Sitzung, max. 3x im Behandlungsfall	166
37550	Fallbesprechung ➤ kann auch telefonisch oder per Video stattfinden (bei Videokonferenzen können die Teilnehmer zusätzlich einen Technikzuschlag abrechnen (GOP 01450))	je vollendete 10 Minuten, max. 4x im Behandlungsfall	128
37551	Zuschlag zur Fallbesprechung (GOP 37550) ➤ bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher/nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-RL ➤ ausschließlich vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten berechenbar	je vollendete 10 Minuten, max. 4x im Behandlungsfall	128
37570	Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes ➤ ausschließlich vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten berechenbar	1x im Behandlungsfall	200