

Möglichkeiten der Finanzierung psychosozialer Leistungen im Akutkrankenhaus

B. Grießmeier, A. v. Kries, K.-M. Rölver, R. Curio, R. Hirth

im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus

1. Version: 1.2.2015
2. Version: 1.2..2017

Inhalt:

Vorbemerkung	2
1. Stationäre Versorgung	3
1.1 Klinische Psychologie in den Fallpauschalen	3
1.2 Schweregradsteigernde Nebendiagnosen	3
1.3 Psychosoziale Leistungen in Komplexcodes	3
8-918 Multimodale Schmerztherapie	4
8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung	4
8-98e Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung	5
8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	5
8.984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	6
1.4 Psychosoziale Tätigkeiten als Qualitätsmerkmal	6
2. Ambulante Versorgung im Rahmen des §116b SGB V	7
2.1. Rechtliche Grundlagen	7
2.2 Praktische Durchführung	9
§116b alt	9
§116b neu	9
2.2.1 Umsetzungsanleitung zur RL-GIT	10
2.2.2 Umsetzungsanleitung zur RL-GYN	15
3. Abrechnung bei Privatpatienten	21

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus: ● Arbeitsgruppe psychosozialer Mitarbeiter in der pädiatrischen Kardiologie ● Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. BVAKT ● Berufsverband Heileurhythmie e.V. BVHE ● Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V. dapo ● Deutsche Diabetes-Gesellschaft DDG, AG Psychologie und Verhaltensmedizin ● Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT ● Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie DGMT ● Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen DVSG ● Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie/klinische Kunsttherapie e.V. (Mitglied im DFKGT) ● Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V. DFKGT ● Fachgruppe Klin. Psychologen im Allgemeinkrankenhaus des Berufsverbandes Deutscher Psychologen BDP ● Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie, psychosoziale Arbeitsgruppe PSAPOH ● Gesellschaft für Neuropsychologie GNP ● Internationale Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie, Deutsche Sektion IGKGT ● Verband Anthroposophischer Kliniken ● Verband psychologischer PsychotherapeutInnen VPP im BDP ●

Bankverbindung: **IBAN: DE46 6609 0800 0022 4410 39** Ilse Weis (BAG-PVA), **BIC: GENODE61BBB**

Vorbemerkung zur 2. Auflage

Die Bundesarbeitsgemeinschaft psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus *BAG- PVA* wurde im Jahr 2003 mit dem Ziel gegründet, im Rahmen der Einführung des Fallpauschalensystems in der BRD die psychosoziale Versorgung körperlich kranker Patienten auch weiterhin sicherstellen zu können. Die BAG-PVA hat sich seither wesentlich dafür eingesetzt, durch die Beantragung entsprechender OPS- Codes die Erfassung psychosozialer Tätigkeiten im Akutkrankenhaus überhaupt möglich zu machen. Eine direkte Refinanzierung dieser Tätigkeiten innerhalb des DRG-Systems ist allerdings bis heute nur in Ausnahmefällen möglich. Da das DRG- System jeweils eine Finanzierung durchschnittlicher Pauschalen pro Fall (= pro stationärem Aufenthalt) vorsieht, sind grundsätzlich keine Finanzierungen von Einzelleistungen möglich; dies betrifft auch Codes aus dem Bereich 9-401 *psychosoziale Interventionen*. Die folgende Zusammenstellung soll deshalb die heute bekannten Möglichkeiten erläutern, im Akutkrankenhaus erbrachte psychosoziale Leistungen finanzieren zu können.

Gegenüber 2015 haben sich in dieser Aufstellung Änderungen in folgenden Bereichen ergeben:

- 8- 918 *Multimodale Schmerztherapie*,
- 8-98h *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst*,
- 8-984 *Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus*,

sowie die praktische Durchführung der ambulanten Versorgung im Rahmen des §116b SGB V in Bezug auf die beiden ASV RL GYN und GIT.

Letzere wurden dankenswerterweise von Herrn Dipl.-Psych. Alf v.Kriess (HELIOS HSK Wiesbaden) erstellt, der sich intensiv in diese komplexe Materie eingearbeitet hat, aber keine Verantwortung über die Richtigkeit und Vollständigkeit übernehmen kann. Wir hoffen, dass hiermit der Einstieg in den Umgang mit den ASV- RL erleichtert werden kann und erste Hilfestellungen gegeben werden können.

Es muss noch darauf hingewiesen werden, dass die im Text genannten Entgelte nicht erneut überprüft wurden sich möglicherweise seit 2015 auch geändert haben können; bitte ggfs. jeweils im haus-internen Controlling nachfragen.

Diese Zusammenstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und erfolgt ohne Gewähr; die jeweiligen Möglichkeiten müssen in den einzelnen Kliniken überprüft werden.

Für ergänzende Hinweise, auch zu Änderungen oder Fehlern erbitten wir eine E-Mail an

Barbara.griessmeier@kgu.de

1. Stationäre Versorgung

Im stationären Bereich sind derzeit folgende Finanzierungsmöglichkeiten bekannt:

1.1 Klinische Psychologie in den Fallpauschalen enthalten

In der Berechnung jeder Fallpauschale findet sich in der Kostenstellengruppe 11 „übrige diagnostischer und therapeutischer Bereich“ als eine von 41 Positionen auch die Position „klinische Psychologie“. Teilt man den Anteil dieser Gruppe durch 41, kommt man auf einen rechnerischen Betrag, der offenbar für Psychologie gedacht ist.

Beispiel:

In der DRG R60A *Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie* entfallen auf die klinische Psychologie rein rechnerisch 22,75€;

in der DRG R60B *Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation* € 10,31. Für viele andere Fallgruppen ist dieser rein rechnerische Anteil für klinische Psychologie sogar noch deutlich niedriger, damit besteht nach wie vor eine große Diskrepanz zwischen diesen Zahlen und den tatsächlichen Kosten psychosozialer Versorgung.

1.2 Schweregradsteigernde Nebendiagnosen

Nur sehr wenige, meist psychiatrische Zusatzdiagnosen, können sich schweregradsteigernd bei der Einordnung in die Fallgruppe auswirken, z.B. psychiatrische Diagnosen wie die Schizophrenien (F20.1–F20.9), psychotische Störungen (F23.0–F23.9), manische Episoden (F30.0-F30.2, F30.8, F30.9), bipolare Störungen (F31.0-F31.9), sowie F 32.2 und F 32.3 (Schwere depressive Episode ohne bzw. mit psychot. Symptomen) und F 33.2, 33.3, 33.8 (Rezidivierende depressive Episoden). Die schweregradsteigernden Nebendiagnosen können jedes Jahr wieder neu festgelegt werden.

In der Regel treten diese Störungsbilder bei somatisch (schwer) erkrankten Patienten eher selten auf; allerdings kann die Abbildung fundiert diagnostizierter Nebendiagnosen im Bereich der Bewältigungsproblematiken (F54, F43.2), der Belastungsreaktionen (F43.0, F43.1) der Angststörungen (F40.x, bis F 42.x; der minoren affektiven Störungen (F32.0; F33.0, F34.1) und der Essverhaltensstörung (R63.3, F50.x, Kachexie) im Einzelfall sinnvoll sein, um psychosoziale Intervention plausibel zu machen.

1.3 Psychosoziale Leistungen in Komplexcodes

Es sind einige wenige Komplexcodes bekannt, die unter „Hinweise“ den Einsatz psychosozialer Tätigkeiten zwingend vorschreiben, damit sie kodiert werden können. Diese Komplexcodes sind häufig finanziell für die Klinik lukrativ; im Umkehrschluss kann man sagen, dass sich der Einsatz psychosozialer Mitarbeiter bei diesen Komplexcodes für die Klinik „finanziell lohnen kann“. Im Moment trifft dies auf folgende Codes zu:

8- 918 Multimodale Schmerztherapie

Zur Abrechnung dieses Codes ist der Einsatz psychosozialer Versorgung zwingend vorgeschrieben. Deshalb werden im Moment von vielen Kliniken Psychotherapeuten mit der Zusatzqualifikation Schmerzpsychotherapie dringend gesucht. Diese Komplexziffer wird mit bestimmten Fallgruppen abgerechnet, und zwar bei Hauptdiagnosen, die das Muskel und Skelett- System betref-

fen, das Nervensystem (also z.B. Kopfschmerzdiagnosen oder andere neurologische Erkrankungen) sowie erstmals 2017 im bepreisten DRG-Katalog auch bei psychischen Grunderkrankungen (F-Diagnosen),

Für die DRG-Berechnungen zu dieser Ziffer hat es deutliche Veränderungen gegeben, nachdem sich die empfohlenen Zeitspannen für die Therapie geändert haben (8-918.0= mindestens 7 -13 Behandlungstage, .1= mindestens 14 -20 Behandlungstage, .2= mindestens 21 Behandlungstage) und die Ziffern U 42 B und U 42 C in den bepreisten Fallpauschalenkatalog übernommen wurden. Deshalb gilt 2017 Folgendes:

1. Bei Erstdiagnosen bezüglich des <u>Nervensystems</u>:		
B 42 A	Behandlung mindestens 14 Tage	1,638€
B 42 B	Behandlung weniger als 14 Tage	1,203€
2. Bei Erstdiagnosen bezüglich des <u>Muskel-Skelettsystems</u>		
I 42 A	Behandlung mindestens 14 Tage	1,425€
I 42 B	Behandlung weniger als 14 Tage	1,087€
3. Bei Erstdiagnosen aus dem <u>psychischen (F-) Bereich</u> *		
U 42 B	Behandlung mindestens 14 Tage	1,938€
U 42 C	Behandlung weniger als 14 Tage	1,270€

*Diese beiden Ziffern beziehen sich auf die Behandlung von Menschen > 18 Jahre.

Für die Ziffer U 42 A (= multimodale Schmerzbehandlung von Menschen < 19 Jahre) ist nach wie vor ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren (siehe auch IDS-Besonderheiten 2017).

Nach wie vor gilt, dass die aufgeführten Werte jeweils mit den länderspezifischen Basisfallwerten zu multiplizieren sind, um zutreffende Vergütungen zu erhalten.

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Dieser Code ist gedacht für Patienten, die nicht in speziellen Palliativeinheiten stationär aufgenommen sind. Um diesen Code anzuwenden ist ebenfalls der Einsatz psychosozialer Tätigkeiten zwingend vorgeschrieben. Nach der G-DRG Version 2014 sind folgende Zusatzentgelte möglich:

ZE60	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE60.01	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.274,13 €
		ZE60.02	8-982.2	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.621,46 €
		ZE60.03	8-982.3	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	2.603,60 €

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

Dieser Code ist gedacht für Patienten, die in einer speziellen Palliativeinheit behandelt werden. Auch hier ist der Einsatz psychosozialer MitarbeiterInnen zwingend vorgeschrieben und führt deshalb häufig zur Einstellung entsprechender MitarbeiterInnen. Folgende Zusatzentgelte sind hier möglich:

ZE145	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE145.01	8-98e.1	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.572,06 €
		ZE145.02	8-98e.2	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.906,10 €
		ZE145.03	8-98e.3	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.220,35 €

8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst

Dieser Code wurde 2017 neu eingeführt und dient dazu, den Einsatz eines internen, abteilungsübergreifenden Palliativdienstes bzw. auch eines externen Palliativdienstes zu codieren, ohne dass Patienten auf einer speziellen Palliativstation aufgenommen sein müssen. Die Anforderungen an diesen Code sind hoch, machen aber bei entsprechender Ausstattung einer Klinik einen übergreifenden Einsatz und damit eine fachgerechte Versorgung sterbender Patienten im Klinikkontext möglich.

Der Code 8-98H triggert die beiden u.a. KH-individuellen Zusatzentgelte:

ZE2017-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.0*	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst
ZE2017-134	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst	8-98h.1*	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst

Da dieser OPS-Code neu im DRG-System für 2017 ist, liegen noch keine festen Preise für den DRG-Katalog vor und es sind krankenhausindividuelle Zusatzentgelte jeweils mit den Kassen zu verhandeln. Die DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) gibt sachdienliche Hinweise sowohl zur praktischen Gestaltung der Leistung als auch zu Verhandlungsstrategien (<http://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/arbeitsgruppe-stationaere-versorgung.html> - hier besonders wichtig der Text zu „Glossar...“ und zu „Informationen für die Verhandlungen zum krankenhausinternen Zusatzentgelt“).

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus

Die Behandlung von Diabetikern erfolgt seit einigen Jahren weitgehend ambulant und wird maßgeblich in akkreditierten Schwerpunktpraxen und DMP-Praxen umgesetzt. Eine stationäre Aufnahme wird bei Nicht-Erreichen der somatischen Therapieziele in der ambulanten Versorgung und bei nachhaltigen Bewältigungsproblemen erforderlich. Die notwendige stationäre Behandlung sollte nur von spezialisierten und zertifizierten Facheinrichtungen (Diabetologicum DDG) durchgeführt werden. Die Kostenübernahmen stationärer Diabetologie werden vom MDK penibel geprüft.

Bei der Kostengewährleistung kann ein dokumentierter Ressourcenverbrauch (OPS 9-412.x, weitere) sehr hilfreich sein. Dieser Behandlungsteil sollte nur von speziell qualifiziertem Personal (Fachpsychologen DDG oder Psychologen in Fachausbildung) durchgeführt werden.

Hilfreich ist die Erbringung psychodiabetologischer Intervention im Liasondienst. Das heißt die fachpsychologische Maßnahme muss in der interdisziplinären Therapieplanung im KIS abgebildet werden. Hierzu ist die einrichtungsspezifische Erstellung von elektronischen und/oder schriftlichen Dokumenten unablässig. Neben den Diagnosen und Prozeduren ist es auch sinnvoll die interdisziplinäre Therapieplanung in Besprechungsprotokollen nachvollziehbar zu machen. Die erfolgte Einbeziehung der Eltern in die stationäre Therapie muss ebenfalls nachvollziehbar dargestellt sein.

Bei beanstandeter Kostenübernahme durch den Kostenträger und der folgenden Prüfung durch den MDK kann ein dokumentierter Therapieaufwand dieser Berufsgruppe die beanstandete Kostenübernahme für die Gesamtbehandlung möglich zu machen. Das gleiche gilt bei einer Überschreitung der Grenzverweildauer.

Bei einer pädiatrischen Komplexbehandlung von Kindern mit Typ-1 Diabetes, < 18 Jahre, (8-984.X) ist der Mehrerlös gegenüber einer „normalen“ Behandlung (Rekompensation) erheblich: Übergang von der Erlösgruppe K60E auf K60 A oder B !

Hierzu sind dringend die benötigten Struktur- und Prozessforderungen zu erfüllen.

Seit 2016 ist die Komplexbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit Typ.1 Diabetes bis in das vollendete 17. Lebensjahr möglich. Dabei ist die altersspezifische Aufteilung von Bedeutung: die Eingruppierung geht im Alter von 0-5 Jahren in die DRG K60.A, im Alter zwischen 6 bis 17 Lebensjahren erfolgt die Zuordnung in die DRG K60.B.

1.4 Psychosoziale Tätigkeiten als Qualitätsmerkmal

In zunehmendem Masse werden im Rahmen der Qualitätssicherung psychosoziale Mitarbeiter gefordert, um z.B. die Voraussetzungen für Zertifizierungen zu erfüllen. Dies betrifft z.B. die pädiatrische Onkologie, die pädiatrische Kardiologie, die Neonatologie oder bestimmte onkologische Bereiche der Erwachsenenversorgung (Organkrebszentren, Onkologische Zentren). Auch wenn hier jeweils der Einsatz psychosozialer MitarbeiterInnen gefordert wird, ist eine Finanzierung trotzdem nicht geregelt.

2. Ambulante Versorgung im Rahmen des §116b SGB V

2.1 Rechtliche Grundlagen

Bisherige („alte“) Regelung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus (ABK-RL): §116b SGB V (BGB I 2007, 378) regelte die Finanzierung ambulanter Leistungen im Krankenhaus unter der Hoheit der Länder. Kliniken konnten eine Ermächtigung nach diesem § beantragen, mussten dazu z.B. bestimmte Kriterien erfüllen (wie bei Organzentren), und konnten dann nach EBM- Ziffern Leistungen abrechnen. Die Regelung wurde bundesweit sehr uneinheitlich umgesetzt; in Hessen z.B. waren viele Kliniken beteiligt, in anderen Bundesländern wie in BW gar keine.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) zum 1. Januar 2012 wurde die bisherige Regelung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus in § 116b SGB V durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ersetzt und auf Bundesebene vereinheitlicht. Grundsätzlich gilt der § für alle Anbieter ambulanter fachärztlicher Leistungen (Kliniken, niedergelassene Fachärzte und Fachpsychologen). Diese Anbieter können dann, auch mit Einbindung der KV, wenn gewünscht ihre Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Die Leistungen in der ASV werden extrabudgetär vergütet. Im März 2013 hat der G-BA die Erstfassung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus nach §116 SGB V beschlossen (ASV- RL). Diese regelt die Anforderungen an die Diagnostik und Behandlung von Patienten im Rahmen der ASV, die grundsätzlich für alle in den Anlagen zu konkretisierenden Erkrankungen gelten. Diese sind:

Hochspezialisierte Leistungen (Anlage 1)

Seltene Erkrankungen (Anlage 2)

Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (Anlage 3)

Anlage 1

Hochspezialisierte Leistungen im Katalog gem. § 116b Abs. 3 SGB V

1. CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
2. Brachytherapie

Anlage 2

Seltene Erkrankungen im Katalog gem. § 116b Abs. 3 SGB V

1. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mukoviszidose
2. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Gerinnungsstörungen (Hämophilie)
3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen - Teil 1 angeborene Skelettsystemfehlbildungen - Teil 2 Fehlbildungen
4. Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
5. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)
6. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit biliärer Zirrhose
7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis
8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson
9. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Transsexualismus

10. Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie
11. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Marfan-Syndrom
12. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie
13. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose
14. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen
15. Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom
16. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation

Anlage 3

Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Katalog gem. § 116b Abs. 3 SGB V

1. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen
2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS
3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
4. Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4)
5. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose
7. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
9. Diagnostik und Versorgung von Patienten von Frühgeborenen mit Folgeschäden
10. Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen

Nach einem Beschluss des G-BA vom 17.1.2008 zur Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach §116b SGB V erfolgt eine Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen in Anlage 3. Demnach sind auch psychologische Beratung und psychotherapeutische Beratung und Betreuung Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung onkologischer Patienten.

In einem nächsten Schritt werden nun vom G-BA für die einzelnen Erkrankungen genaue Ausführungsbestimmungen (Richtlinien RL) erarbeitet (Art und Umfang der Leistungen und Vergütung). Im Juli 2014 ist die erste Richtlinie für die Gastrointestinalen Tumoren (RL-GIT) rechtskräftig geworden. Damit beginnt für diesen Tumoren (s. Liste der Diagnosen, s.u.) eine dreijährige Übergangszeit. D.h. bis Juli 2017 kann man nach der alten ABK-RL versorgen und abrechnen; es sei denn das Haus meldet sich für die neue ASV-RL GIT an, dann gilt natürlich die neue.

Seit dem 09. August 2016 ist nun auch die RL-GYN rechtskräftig geworden. Hier gelten die entsprechenden Übergangsregelungen. Erfreulicherweise ist es gelungen, dass in dieser RL die Psycho-Onkologische Versorgung (POV) explizit genannt wird (s. „tragende Gründe“) und auch konkret beschriebene Versorgungsleistungen im Katalog aufgelistet sind. Diese sind auch rückwirkend für die RL-GIT so übernommen worden.

2.2 Praktische Durchführung

Alter §116b SGB V, ABK-RL

Die Voraussetzung für die Abrechnung psychosozialer Leistungen nach dem §116b ist einerseits eine Zulassung der Klinik, Leistungen nach diesem § erbringen zu dürfen; wenn diese bisher nicht vorliegt, werden keine neuen Zulassungen mehr erteilt. Zum anderen muss ein approbierter ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut im Team sein. Die formalen und organisatorischen Anforderungen an die praktische Umsetzung sind komplex und umfangreich (genaue Dokumentation der in den EBM-Ziffern angeführten Inhalte mit Zeitangabe, interne Erfassung der EBM-Ziffern im hauseigenen System); bei korrekter Ausführung ist es jedoch möglich, über die ambulant erbrachten psychosozialen Leistungen im onkologischen Bereich Erlöse zu generieren. Die Kliniken, die bisher die Zulassung zum alten §116b haben, können weiterhin abrechnen. Dann greift eine Übergangszeit von 3 Jahren, wenn die jeweilige ASV-Richtlinie zu der Erkrankung rechtskräftig ist (z. B. jetzt ab Juli 2014 für die GI-Tumoren, ab August 2016 für die GYN-Tumoren).

Da es nur wenige Kliniken gab, die die Zulassung nach dem alten §116b ABK-RL SGB V haben und davon wiederum nur wenige auch die Psychoonkologische Versorgung darüber abgewickelt haben, werden hier keine weiteren Ausführungen dazu gemacht.

Die Zukunft liegt bei der ASV und ihren Richtlinien. Dazu findet sich im Anschluss eine Anleitung, jeweils zu den beiden bisher rechtskräftigen RL.

Neuer §116b SGB V, ASV-RL

Wie schon oben ausgeführt, alle Kliniken und Praxen, die neu über den §116b ASV Erlöse generieren wollen, müssen sich über ein aufwendiges Verfahren bei dem jeweiligen Erweiterten Landesaus-schuss (ELA) des Landes anmelden. Wenn man in einer Klinik arbeitet, sollte man sich dann an den ASV-Zuständigen im Hause wenden.

In dem Appendix der jeweiligen Richtlinien (RL) zu den einzelnen Erkrankungen ist niedergelegt, welche Leistungen für welche Diagnosen erbracht und abgerechnet werden können

2.2.1 Umsetzungsanleitung zur RL-GIT

Psycho-Onkologische Versorgung (POV) im Rahmen der ASV, §116b SGB V

Umsetzung der ASV-RL GIT

(rechtskräftig seit dem 26.07.2014)

Stand 14.12.16

Spezifische Anmerkungen zur Umsetzung der Psycho-Onkologischen Versorgung (POV) in der ASV-RL GIT, für die Versorgung an Kliniken, aufgestellt vom HELIOS HSK, POD, Wiesbaden.

Politischer Rahmen:

Die ASV GIT-RL (s. Link) löst mit einer Übergangsfrist von drei Jahren (ab dem 26.07.2014) für ihren Gültigkeitsbereich die alte ABK-RL des §116b SGB V ab. Sie gilt nur für die Gastrointestinalen Tumoren. Zu weiteren Diagnosen werden die entsprechenden RL nach und nach erarbeitet und veröffentlicht. s. Beschluss des Gemeinsamen Bundes Ausschuss (GBa) zur RL-GIT:

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1941/>

Institutioneller Rahmen:

- Klinik für Gastroenterologie, auch als Organzentrum (Darm- und/oder Viszeral-onkologisches Zentrum)

Hintergrundinformation:

Grundsätzlich sollte man sich mit der allgemeinen Richtlinie §116b SGB V ASV vertraut machen.

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/zum-unterausschuss/4/>

Auszüge daraus:

Sektorenübergreifende Kooperation:

Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bei onkologischen Erkrankungen ist das Vorliegen einer sektorenübergreifenden Kooperation **zusätzlich** zur Bildung eines interdisziplinären Teams in der Klinik. Ziel ist die Förderung einer intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich.

Zur Teilnahme an der ASV ist ein Antrag an den **Erweiterten Landesausschuss (ELA)** des jeweiligen Bundeslandes zu stellen. Wenn nach zwei Wochen vom ELA keine Nachfrage kommt kann das Haus mit der ASV beginnen.

Dem Antrag auf ASV-Teilnahme für onkologische Erkrankungen ist eine vertraglich vereinbarte Kooperation mit den Partnern beizulegen. In Einzelfällen kann der Erweiterte Landesausschuss eine ASV-Teilnahme auch ohne Kooperation zulassen, sofern der Antragsteller nachweisen kann, dass eine solche nicht möglich war.

Die **Kooperation** muss mit einem Vertragspartner des jeweilig anderen Sektors geschlossen werden, also mindestens die Klinik mit einem niedergelassenen Arzt. Gegenstand dieser intersektoralen Kooperationsvereinbarung ist insbesondere: § 10; Abs. 3:

Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
- c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hin-

blick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

In dem Antrag der Klinik an den ELA werden benannt ein:

Kernteam:

Die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen. Es umfasst Fachärzte, die bei der Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Sie müssen die ASV-Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag pro Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen (gemeinsame Sprechstunde).

Teambezogene Mindestmengen bleiben bestehen:

Weiterhin müssen bei der Anmeldung der Institution für die Teilnahme an der ASV durch das Kernteam pro Jahr mindestens 140 Patienten mit einer gesicherten Diagnose der in dieser Indikation umfassten Erkrankungen nachgewiesen werden.

Hinzuziehende Fachärzte:

Sie müssen namentlich oder institutionell benannt werden. Sie umfassen Fachärzte, die in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden, s.u. Eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Eintragung in das Arztregister der jeweiligen KV voraus (<https://www.kvhessen.de/arztregister/>). Diese Anforderungen gelten sowohl für die Teamleitung, das Kernteam als auch für die hinzuzuziehenden Fachärzte. Ohne Eintragung in das Arztregister bzw. ohne eine Zulassung als Vertragsarzt können Sie somit als hinzugezogener Facharzt im Rahmen von § 116b SGB V tätig werden, wenn das Krankenhaus die Teilnahme anzeigt, in welchem Sie als Angestellter Arzt tätig sind. Somit können Sie als Angestellter des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses an der ASV teilnehmen.

Ihr Tätigkeitsort muss in angemessener Entfernung liegen, d.h. in der Regel sollten sie von den Patienten, ausgehend von dem Tätigkeitsort des Kernteams, in maximal in 30 Minuten erreicht werden können. Beim POD in der Klinik ist das irrelevant.

Als Teammitglieder sind weiterhin genannt

unter: *Hinzuzuziehende Fachärzte:*

...

Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Tätigkeitsort:

Der Tätigkeitsort ist durch den Ort der Teamleitung festgelegt - also in der Institution, in der sich die GA-Klinik befindet.

Qualifikation für die POV:

„Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (es gilt der Facharztstatus, d.h. PT approbierter Kollege!).“

Welche Leistungen dürfen erbracht werden:

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der mit Wirkung zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Fassung. Zum Behandlungsumfang der ASV zählen die in dem Appendix aufgeführten Leistungen; hier finden sich auch neu Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2). Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfanges bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

und (§ 5 Satz 3)

"Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und den Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist..."

Leistungen im Abschnitt 1 (bestehende EBM Ziffern)

(die für die Psycho-Onkologische Versorgung (POV) relevant sind:

01416, 01435, 01436,

01600, 01601, 01602

40120,40122,40124,40126

neben medizinisch orientierten Leistungen (01220, 01221, 01222, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302)

21220 Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)

21221 Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)

22220 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)

22222 Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)

23220 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)

35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

35111 Übende Verfahren, Einzelbehandlung

35112 Übende Verfahren, Gruppenbehandlung

35300 Testverfahren, standardisierte

Leistungen im Abschnitt 2 (noch nicht im EBM erfasste Ziffern)

bundeseinheitliche Pseudoziffer 88505

Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall

gültig nur für Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

Kommentar der BPTK:

„Im Rahmen der ASV können die Leistungen erbracht werden, die im Appendix aufgeführt sind. Maßgeblich für die Erbringung sind die Richtlinien der ASV und nichts anderes. Für die Erbringung der Gesprächsziffer 23220 müssen Sie keine Diagnose vergeben. Der Leistungsinhalt der Ziffer 23220 wird als „Syndrombezogene therapeutische Intervention, Krisenintervention oder

Anleitung von Bezugspersonen“ beschrieben, in diesem Rahmen können die subsyndromalen Belastungen behandelt werden.“

bundeseinheitliche Pseudoziffer 88509

Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung (analog der GOP 22222 des EBM)

Behandlungsumfang:

Diagnostik

Anamnese

Behandlung

Psychotherapeutische Beratung und Betreuung

Beratung

zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)

Ausgangslage des POD in der jeweiligen Klinik:

entweder ist die Psycho-Onkologische Versorgung (POV) personell an eine Klinik (z. B. Gynäkologie (GY), Psychosomatik, ...) angebunden, oder es gibt einen eigenständigen Psycho-Onkologischen Dienst (POD) in der Institution, in der auch die Klinik eingebunden ist.

Egal welchen Status des POV in der jeweiligen Institution hat:

Er wird unter der Gruppe der Hinzugezogenen Fachärzte (FÄ) geführt. Eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Eintragung in das Arztregister der jeweiligen KV voraus (z. B.: <https://www.kvhessen.de/arztregister/>). Diese Anforderungen gelten sowohl für die Teamleitung, das Kernteam als auch für die hinzuzuziehenden Fachärzte. Ohne Eintragung in das Arztregister bzw. ohne eine Zulassung als Vertragsarzt können Sie als hinzugezogener Facharzt im Rahmen von § 116b SGB V tätig werden, wenn das Krankenhaus die Teilnahme anzeigt, in welchem Sie als Angestellter Arzt/Psychotherapeut tätig sind. Somit können Sie als Angestellter des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses an der ASV teilnehmen. Dort wird die Leitung des Teams POD oder ein psycho-onkologischer Kollege und ein Stellvertreter (für Ausfallzeiten) namentlich aufgeführt.

Selber dafür sorgen, dass der POD dort auch wirklich aufgeführt wird!

Überweisungen

Die Versorgung erfolgt normalerweise immer mit einer §116b Überweisung aus dem Kernteam an den POD Team/Kollegen. Aber: s. Abs. 4 Überweisung:

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Zum Zeitpunkt der Weiterleitung (Überweisung) an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte CA-Diagnose vorliegen.

Bei externer POV (niedergelassener Psychotherapeut) ist nach vier Quartalen eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

Die zu behandelnden Diagnosen:

Aufgelistete Diagnosen in der GIT-RL.

I. Vergütung zur ASV:

Die Vergütung für die ASV steht fest. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat am 20. Juni 2014 erste Beschlüsse zur Vergütungshöhe und -struktur in der neuen Versorgungsebene gefasst. Ab

1.7.2014 wurde der EBM um ein neues Kapitel 50 erweitert, das ausschließlich durch ASV-Teilnehmer abrechenbar sein wird.

Leistungen des von Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Behandlungsumfangs (Appendix), die **bereits Bestandteil des EBM** sind, werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. D.h. sie werden in der Regel mit dem derzeit gültigen Punktwert von ca. 10,0 Cent als Einzelleistungen honoriert.

Leistungen des Behandlungsumfangs, **die noch nicht Bestandteil des EBM sind** (so genannte NUBs = neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden), werden zunächst nach GOÄ honoriert, solange der Bewertungsausschuss sie nicht ins Kapitel 50 aufgenommen hat:

- Leistungen des Abschnitts M der GOÄ (Labor) sowie nach der Nr. 437 GOÄ (Labor bei Intensivbehandlung): 1,0facher Steigerungssatz
- Leistungen der Abschnitte A, E und O der GOÄ (Gebühren in besonderen Fällen, Physik.-med. Leistungen, Strahlenmedizin / MRT): 1,2 facher Steigerungssatz
- Übrige Leistungen: 1,5 facher Steigerungssatz

Erlöseinschätzung POV im Rahmen der ASV GIT

für die POV durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten

ambulant: psychotherapeutische Gespräch, Ziffer EBM 23200 für die ersten 15 x 10 Min und dann die Pseudoziffer 88505 für alle weiteren Gespräche á 10 Min (unbegrenzt)
ca. 10,- € bis 11,- € pro 10 Min

und das Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung,
Pseudoziffer 88509 (analog der GOP 22222 des EBM)
mit ca. 7,50 € pro TN pro 40 Min

Leistungsbeschreibung im EBM:

22222 Psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3 , höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,

- Instruktion der Bezugsperson(en),
je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten 7,50 €

74 Punkte

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 und 22222 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22222

Das gilt für die alle Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

So man Privatpatienten abrechnet, muss mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten vorab eine Kostenübernahme der geplanten POV vereinbart werden.

Die Leistungen nach GOÄ werden nach dem Sachleistungsprinzip direkt zwischen Arzt und Kasse abgerechnet (ggf. unter Hinzuziehung eines Dienstleisters).

Dokumentation:

Neben der Eingabe in das Haussystem, sollte jede ambulante POV im POD eigenen Dokumentations-system hinterlegt werden (ICD, OPS und Art, mit wem, Dauer und Inhalt der POV).

Das ist für zukünftige Auswertungen und die Weiterentwicklung der POV im Rahmen der ASV sehr wichtig!

Niedergelassene PT:

Sie können sich als „Hinzuzuziehende Fachärzte“ in sich gründende AV Teams einbinden oder selber ein ASV Team anschieben (das ist aber ein großer Verwaltungsaufwand!)

Sie rechnen ihre ASV-Leistungen über den EBM 23220 ab. Die Vergütung in der ASV läuft außerhalb des regulären Praxisbudgets. Sie können dies direkt mit der KV abwickeln. Am besten sich dort informieren.

Zusammenfassung:

Wenn die Eingangsbedingungen (gesicherte Diagnose und eine Überweisung) vorliegen, kann die POV im Rahmen der ASV GYN-RL von allen psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen über die Leistungen, die im Appendix hinterlegt sind, abgerechnet werden. Für die psychologischen oder ärztlichen PsychotherapeutInnen gibt es eine Erweiterung über den bestehenden EBM 23220 hinaus: die Möglichkeit ab der 16ten Sitzung unbegrenzt abzurechnen.

Im Weiteren können Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung abgerechnet werden.

(Die ASV Versorgung gilt für die alle Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So man Privatpatienten abrechnet, muss mit der jeweiligen privaten Krankenkasse des Patienten vorab eine Kostenübernahme vereinbart werden.)

Die Leistungen nach GOÄ werden nach dem Sachleistungsprinzip direkt zwischen Klinik/Arzt und Kasse abgerechnet (ggf. unter Hinzuziehung eines Dienstleisters). D.h. die erbrachten EBM Leistungen müssen vom POD zeitnah in das Dokumentationssystem des Hauses (SAP, oder ähnliche) eingebracht werden. (D.h. man hat eine eigene Zugangsberechtigung zum System und macht es selber, oder sie werden über jemanden anderen eingepflegt. In der Regel haben die Kliniken solche Dokumentationswege etabliert. Die ärztlichen Leistungen müssen ja entsprechend erfasst werden. Also sich in der jeweiligen Kliniken GY schlau machen und einbinden.

2.2.2 Umsetzungsanleitung zur RL-GYN

Psycho-Onkologische Versorgung (POV) im Rahmen der ASV §116b SGB V

(rechtskräftig seit dem 09.08.2016)

Stand 14.12.16

Spezifische Anmerkungen zur Umsetzung der Psycho-Onkologischen Versorgung (POV) in der ASV-RL GYN, §116b SGB V, für die ambulante Versorgung an Kliniken, aufgestellt vom Psycho-Onkologischen Dienst (POD) der HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden.

Politischer Rahmen:

Die ASV GYN-RL (s. Link) löst mit einer Übergangsfrist von drei Jahren (ab dem 09.08.2016 rechtskräftig) für ihren Gültigkeitsbereich die alte ABK-RL des §116b SGB V ab. Sie gilt nur für die Gynäkologischen Tumoren.

Zu weiteren Diagnosen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBa) die entsprechenden RL nach und nach erarbeitet und veröffentlicht.

Beschluss:

des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBa) über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren vom 22. Januar 2015.

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/80/#tab/beschluesse/details/2164/listContext/beschluesse>

Institutioneller Rahmen:

- Klinik für Gynäkologie/onkologische Gynäkologie, auch als Organzentrum (Brust- und/oder Gynäkologisches Zentrum)
- erst wenn das Krankenhaus/ die GYN-Abteilung / onkologische Schwerpunktpraxis sich für den ASV angemeldet hat, kann sie nach der ASV RL-GYN versorgen und abrechnen.

Hintergrundinformation:

Grundsätzlich sollte man sich mit der Richtlinie §116b SGB V ASV vertraut machen.

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/zum-unterausschuss/4/>

Auszüge daraus:**Sektorenübergreifende Kooperation:**

Voraussetzung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bei onkologischen Erkrankungen ist das Vorliegen einer sektorenübergreifenden Kooperation zusätzlich zur Bildung eines interdisziplinären Teams in der Klinik. Ziel ist die Förderung einer intersektoralen Kooperation in diesem Versorgungsbereich.

Zur Teilnahme an der ASV ist ein Antrag an den **Erweiterten Landesausschuss (ELA)** des jeweiligen Bundeslandes zu stellen. Wenn nach zwei Wochen vom ELA keine Nachfrage kommt kann das Haus mit der ASV beginnen.

Dem Antrag auf ASV-Teilnahme für onkologische Erkrankungen ist eine vertraglich vereinbarte Kooperation mit den Partnern beizulegen. In Einzelfällen kann der Erweiterte Landesausschuss eine ASV-Teilnahme auch ohne Kooperation zulassen, sofern der Antragsteller nachweisen kann, dass eine solche nicht möglich war.

Die **Kooperation** muss mit einem Vertragspartner des jeweilig anderen Sektors geschlossen werden, also mindestens die Klinik mit einem niedergelassenen Arzt. Gegenstand dieser intersektoralen Kooperationsvereinbarung ist insbesondere: § 10; Abs 3:

Gegenstand dieser intersektoralen Kooperationsvereinbarung ist insbesondere:

§ 10; Abs 3:

Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung sind insbesondere:

- a) die Abstimmung zwischen den ASV-Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Algorithmen der Diagnostik und Therapie;
- b) die Abstimmung der Arbeitsteilung zwischen den ASV-Kooperationspartnern unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und den jeweiligen Qualifikationen;
- c) die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen; Inhalt und Aufgabe dieser Konferenzen sind insbesondere patientenbezogene kritische Evaluationen der Behandlungsergebnisse in Hinblick auf Morbidität und Mortalität; zu den Konferenzen sind Protokolle zu erstellen, die Angaben über den Termin, den Ort, die Teilnehmenden und die Ergebnisse enthalten.

In dem Antrag an den ELA werden benannt, ein:

Kernteam:

Die Mitglieder des Kernteams sind namentlich zu benennen. Es umfasst Fachärzte, die bei der Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Sie müssen die ASV-Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag pro Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen (gemeinsame Sprechstunde).

Teambezogene Mindestmengen bleiben bestehen:

Weiterhin müssen bei der Anmeldung der Institution für die Teilnahme an der ASV durch das Kernteam pro Jahr mindestens 250 Patienten mit Mamma CA oder 60 Patienten mit gynäkologischen Tumoren mit einer gesicherten Diagnose der in dieser Indikation umfassten Erkrankungen nachgewiesen werden.

Hinzuziehende Fachärzte:

Sie müssen namentlich oder institutionell benannt werden. Sie umfassen Fachärzte, die in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden, s.u.. Sie können als hinzugezogener Facharzt im Rahmen von § 116b SGB V tätig werden, wenn das Krankenhaus die Teilnahme anzeigt, in welchem Sie als Angestellter Arzt tätig sind. Somit können auch die psychoonkologisch tätigen Mitarbeiter, als Angestellte des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, an der ASV teilnehmen.

Der Tätigkeitsort Klinik externer Mitarbeiter (niedergelassenen Psychotherapeuten) muss in angemessener Entfernung liegen, d.h. in der Regel sollten sie von den Patienten, ausgehend von dem Tätigkeitsort des Kernteams, in maximal in 30 Minuten erreicht werden können. Beim POD in der Klinik ist das irrelevant.

Als Teammitglieder sind weiterhin genannt

unter: *Hinzuzuziehende Fachärzte für:*

...

Psychiatrie und Psychotherapie

oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

oder Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Tätigkeitsort:

Der Tätigkeitsort ist durch den Ort der Teamleitung festgelegt - also in der Institution, in der sich die Gyn-Klinik befindet.

Qualifikation für die POV:

„Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen (es gilt der Facharztstatus, d.h. PT approbierter Kollege).“ BPTK

Welche Leistungen dürfen erbracht werden:

Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der mit Wirkung zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen Fassung. Zum Behandlungsumfang der ASV zählen die in dem Appendix aufgeführten Leistungen, da gibt es auch neu Leistungen die bislang keine Abbildung im EBM

gefunden haben (Abschnitt 2). Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.

und (§ 5 Satz 3)

"Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und den Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist..."

Leistungen im Abschnitt 1 (bestehende EBM Ziffern)

(die für die Psycho-Onkologische Versorgung (POV) relevant sind:

01416, 01435, 01436,

01600, 01601, 01602

40120,40122,40124,40126

neben medizinisch orientierten Leistungen (01220, 01221, 01222, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302)

21220 Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)

21221 Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)

22220 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)

22222 Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)

23220 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)

35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

35111 Übende Verfahren, Einzelbehandlung

35112 Übende Verfahren, Gruppenbehandlung

35300 Testverfahren, standardisierte

Leistungen im Abschnitt 2 (noch nicht im EBM erfasste Ziffern)

bundeseinheitliche Pseudoziffer 88505

Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall

gültig nur für Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut

Kommentar der BPTK:

„Im Rahmen der ASV können die Leistungen erbracht werden, die im Appendix aufgeführt sind. Maßgeblich für die Erbringung sind die Richtlinien der ASV und nichts anderes. Für die Erbringung der Gesprächsziffer 23220 müssen Sie keine Diagnose vergeben. Der Leistungsinhalt der Ziffer 23220 wird als „Syndrombezogene therapeutische Intervention, Krisenintervention oder Anleitung von Bezugspersonen“ beschrieben, in diesem Rahmen können die subsyndromalen Belastungen behandelt werden.“

bundeseinheitliche Pseudoziffer 88509

Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung

(analog der GOP 22222 des EBM)

Behandlungsumfang:

Diagnostik

Anamnese

Behandlung

Psychotherapeutische Beratung und Betreuung

Beratung

zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)

Ausgangslage des POD in der jeweiligen Klinik:

entweder ist die **Psycho-Onkologische Versorgung (POV) personell an eine Klinik (z. B. Gynäkologie (GY), Psychosomatik, ...)** angebunden, oder es gibt einen **eigenständigen Psycho-Onkologischen Dienst (POD) in der Institution, in der auch die Klinik GY eingebunden ist.**

Egal welchen Status des POV in der jeweiligen Institution hat:

Er wird unter der Gruppe der Hinzugezogenen Fachärzter (FÄ) geführt. Eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Eintragung in das Arztregister der jeweiligen KV voraus (<https://www.kvhessen.de/arztregister/>). Diese Anforderungen gelten sowohl für die Teamleitung, das Kernteam als auch für die hinzuzuziehenden Fachärzte. Ohne Eintragung in das Arztregister bzw. ohne eine Zulassung als Vertragsarzt können Sie als hinzugezogener Facharzt im Rahmen von § 116b SGB V tätig werden, wenn das Krankenhaus die Teilnahme anzeigt, in welchem Sie als Angestellter Arzt/Psychotherapeut tätig sind. Somit können Sie als Angestellter des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses an der ASV teilnehmen. **Dort werden die Leitung des Teams POD oder ein psychoonkologischer Kollege und ein Stellvertreter (für Ausfallzeiten) namentlich aufgeführt.**
Sorgen Sie selbst dafür sorgen, dass der POD dort auch wirklich aufgeführt wird!

Überweisungen

Die Versorgung erfolgt immer mit einer §116b Überweisung aus dem Kernteam an den POD Team/Kollegen.

Aber Abs. 4, Überweisung:

Für Patientinnen oder Patienten aus dem stationären Bereich des ASV-berechtigten Krankenhauses oder für Patientinnen oder Patienten von im jeweiligen Indikationsgebiet tätigen vertragsärztlichen ASV-Berechtigten in sein ASV-Team besteht kein Überweisungserfordernis.

Zum Zeitpunkt der Weiterleitung (Überweisung) an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V muss eine gesicherte Diagnose vorliegen.

(Bei Überweisungen, die nicht aus dem stationären Bereich erfolgen, ist nach zwei Quartalen eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

Die zu behandelnden Diagnosen:**Aufgelistete Diagnosen in der GYN-RL.****II. Vergütung zur ASV:**

Die Vergütung für die ASV steht fest. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat am 20. Juni 2014 erste Beschlüsse zur Vergütungshöhe und -struktur in der neuen Versorgungsebene gefasst. Ab 1.7.2014 wurde der EBM um ein neues Kapitel 50 erweitert, das ausschließlich durch ASV-Teilnehmer abrechenbar sein wird.

Leistungen des von Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Behandlungsumfangs (Appendix), die **bereits Bestandteil des EBM** sind, werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. D.h. sie werden in der Regel mit dem derzeit gültigen Punktwert von ca. 10,0 Cent als Einzelleistungen honoriert.

Leistungen des Behandlungsumfangs, **die noch nicht Bestandteil des EBM sind** (so genannte NUBs = neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden), werden zunächst nach GOÄ honoriert, solange der Bewertungsausschuss sie nicht ins Kapitel 50 aufgenommen hat:

- Leistungen des Abschnitts M der GOÄ (Labor) sowie nach der Nr. 437 GOÄ (Labor bei Intensivbehandlung): 1,0 facher Steigerungssatz
- Leistungen der Abschnitte A, E und O der GOÄ (Gebühren in besonderen Fällen, Physik.-med. Leistungen, Strahlenmedizin / MRT): 1,2 facher Steigerungssatz
- Übrige Leistungen: 1,5 facher Steigerungssatz

Erlöseinschätzung POV im Rahmen der ASV GIT für die POV durch approbierte Psychologische

ambulant: **psychotherapeutische Gespräch, Ziffer EBM 23200** für die ersten 15 x 10 Min und dann die Pseudoziffer 88505 für alle weiteren Gespräche á 10 Min (unbegrenzt)
ca. 10,- € bis 11,- € pro 10 Min

und das Psychotherapeutische Gespräch als Gruppenbehandlung,
Pseudoziffer 88509 (analog der GOP 22222 des EBM)
mit ca. 7,50 € pro TN pro 40 Min

Leistungsbeschreibung im EBM:

22222 Psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 40 Minuten,

- Als Gruppenbehandlung,

- Mindestens 3 , höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,

- Instruktion der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten 7,50 €

74 Punkte

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen

22210 bis 22212 und 22222 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von

mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der

Gebührenordnungsposition 22222

Das gilt für die alle Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

So man Privatpatienten abrechnet, muss mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten vorab eine Kostenübernahme der geplanten POV vereinbart werden.

Die Leistungen nach GOÄ werden nach dem Sachleistungsprinzip direkt zwischen Arzt und Kasse abgerechnet (ggf. unter Hinzuziehung eines Dienstleisters).

Dokumentation:

Neben der Eingabe in das Haussystem, sollte jede ambulante POV im POD eigenen Dokumentationssystem hinterlegt werden (ICD, OPS und Umfang, Art, Dauer und Inhalt der POV).

Das ist für zukünftige Auswertungen und die Weiterentwicklung der POV im Rahmen der ASV sehr wichtig

Niedergelassene PT:

Sie können sich als „Hinzuzuziehende Fachärzte“ in sich gründende AV Teams einbinden oder selber ein ASV Team anschieben (das ist aber ein großer Verwaltungsaufwand!)

Die Vergütung in der ASV läuft außerhalb des regulären Praxisbudgets. Sie können, müssen aber nicht, dies direkt mit der KV abwickeln. Am besten sich dort informieren.

Zusammenfassung:

Wenn die Eingangsbedingungen (gesicherte Diagnose und eine Überweisung) vorliegen, kann die POV im Rahmen der ASV GYN-RL von allen psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen über die Leis-

tungen , die im Appendix hinterlegt sind, abgerechnet werden. Für die psychologischen oder ärztlichen PsychotherapeutInnen gibt es eine Erweiterung über den bestehenden EBM 23220 hinaus: die Möglichkeit ab der 16 ten Sitzung unbegrenzt abzurechnen.

Im Weiteren können Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung abgerechnet werden.

(Die ASV Versorgung gilt für die alle Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So man Privatpatienten abrechnet, muss mit der jeweiligen privaten Krankenkasse des Patienten vorab eine Kostenübernahme vereinbart werden.)

Die Leistungen nach GOÄ werden nach dem Sachleistungsprinzip direkt zwischen Klinik/Arzt und Kasse abgerechnet (ggf. unter Hinzuziehung eines Dienstleisters). D.h. die erbrachten EBM Leistungen müssen vom POD zeitnah in das Dokumentationssystem des Hauses (SAP, oder ähnliche) eingebracht werden. (D.h. man hat eine eigene Zugangsberechtigung zum System und macht es selber, oder sie werden über jemanden anderen eingepflegt. In der Regel haben die GY-Kliniken solche Dokumentationswege etabliert. Die ärztlichen Leistungen müssen ja entsprechend erfasst werden. Also sich in der GY schlau machen und einbinden.

3. Abrechnung bei Privatpatienten über die GOÄ bzw. GOP

Bei Privatpatienten können Leistungen von approbierten Psychotherapeuten über die GOÄ/GOP abgerechnet werden, stationär wie ambulant. Es muss allerdings immer im Einzelfall geprüft werden, ob diese Leistungen im Vertrag des Patienten mit seiner Kasse vorgesehen sind. (Klärung der Kostenübernahme) . Die Rechnungsstellung ist jeweils hausintern geregelt (z. T. über externe Firmen).

Relevante Ziffern der GOÄ sind:

		PSYCHOTHERAPIE	Hinweise	Punkte
GOÄ	804	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch		150
GOÄ	806	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch, Dauer mind. <u>20 Min.</u> (z. B. Krisenintervention)		250
GOP	849	psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mind. <u>20 Min.</u>	Diag. nicht notwendig	230
GOP	860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neuropsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlichen Aufzeichnungen zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und Verhaltenstherapie, auch in mehreren Sitzungen	Diagnose nicht notwendig	920
GOP	861	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mind. 50 Min.	nicht KVB	690
A	861	Musiktherapie, Einzelbehandlung, Dauer mind. 50 Min.	1,8 fach	
GOP	870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, mind. 50 Min.	nicht KVB	750
GOP	871	Psychotherapie, Gruppenbehandlung		150
		TESTVERFAHREN		
GOÄ	856	Standardisierte Testverfahren		361
GOÄ	855	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren		722

		ren		
GOÄ	857	Orientierende Testverfahren		116
		BESPRECHUNGEN		
GOP	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei Ärzten (z. B. Psychiater - Hausarzt)	Abt. benennen	120
GOÄ	865	- Behandlungsbesprechung mit nichtärztl. Psychotherapeuten (z. B. Psychiater - PT.)	Abt. benennen	345
		ENTSPANNUNGSVERFAHREN		
GOP	846	übende Verfahren (z. B. AT) in Einzelbeh. , Dauer mind. <u>20 Min.</u>		150
GOP	847	übende Verfahren (z. B. AT) in <u>Gruppen</u> behandlung mit höchstens 12 Teilnehmern, Dauer mind. <u>20 Min.</u> , je Teilnehmer		45
		BERATUNG		
GOP	1	Beratung – auch mittels Fernsprecher		80
GOP	3	Beratung, eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher, > 10 Min.		150
GOP	34	Beratung, Erörterung , mind. <u>20 Min.</u> , der Auswirkung einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung, einschließlich Beratung ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen	Ausschluss 1, 3, 4; Ziff. max. 2x im Halbjahr	300
GOP	4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugspersonen – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken		220
GOP	15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken	!!! nur <u>ambulant</u>	300
		BERICHTE, BRIEFE		
GOP	70	kurze Bescheinigung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung		40
GOP	75	ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundsbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung, und ggf. zur Therapie)		130
GOP	80	schriftliche gutachterliche Äußerung		300
		GRUPPEN		
GOP	20	Beratungsgespräch in <u>Gruppen</u> von 4-12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mind. 50 Min.)		120

Quellen:

- Positionspapier der PSO zur Umsetzung der S3 – Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten“ in der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) (PSO: Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.)

http://www.pso-ag.de/site/assets/files/1065/positionspapier_der_pso_zur_asv_2014_09_01.pdf

- Zum Thema §116b „alt“: v. Kries, A., 2009. „Sektorenübergreifende Versorgung: Psychoonkologische Beratung/Therapie im Rahmen des § 116b SGB V“. In: A. Schumacher, G. Radsak, E. Reinert, P. Weyland, 2009. *Grenzen in der psychoonkologischen Arbeit annehmen und erweitern – „das Glück des Sisyphos?“ dapo-Jahrbuch 2009*, Pabst Science Publishers, Lengerich

Zum Thema §116 „neu“: Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/80/>

Kuhla, W., 2012: ‚Spezialfachärztliche Leistungen nach dem neuen § 116 b 5GB V‘. In: *Das Krankenhaus 5/2012*, S. 463-469

EBM- Katalog:

http://www.kbv.de/media/sp/Einheitlicher_Bewertungsma_stab_Stand_2014_1_Quartal.pdf

GOÄ: <http://www.e-bis.de/goae/defaultFrame.htm>

Weitere Quellen zur vertieften Information:

HELIOS HSK, POD, aktuelles unter

<http://www.helios-kliniken.de/klinik/helios-dr-horst-schmidt-kliniken-wiesbaden/fachabteilungen/psycho-onkologischer-dienst-pod.html>, s. dort Info Fachkollegen, auch

Umsetzung POV im Rahmen der ASV GIT-RL (Gastrointestinale Tumore), alf.vonkries@helios-kliniken.de

Weitere Informationen zu den Erweiterten Landesausschüssen und dem Antragsverfahren unter:

<http://www.qualidoc.org/asv/landesausschuesse/>

Der ergänzte Bewertungsausschuss hat dafür nun ein eigenes Kapitel 50 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen, das ausschließlich für ASV-teilnehmende Ärzte und Kliniken abrechenbar ist. Das Kapitel wird sukzessive um die beschlossenen ASV-Indikationen erweitert – nach Inkrafttreten einer krankheitsspezifischen Konkretisierung innerhalb von sechs Monaten. Bisher sind die neuen Leistungen der GYN-RL dort noch nicht aufgenommen. s. z. B.:

<http://applications.kbv.de/ebm/EBMGesamt.htm>