

Möglichkeiten der Finanzierung psychosozialer Leistungen im Akutkrankenhaus

B. Griefßmeier, A. v. Kries, K.-M. Rölver, R. Curio, R. Hirth, T. Kreikenbohm, U. Münch
im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im
Akutkrankenhaus

1. Version: 1.2.2015
2. Version: 1.2.2017
3. Version: 1.2.2019
4. Version: 1.4.2022

Inhalt:

Vorbemerkung	2
1. Stationäre Versorgung	3
1.1 Klinische Psychologie in den Fallpauschalen	3
1.2 Schweregradsteigernde Nebendiagnosen	4
1.3 Psychosoziale Leistungen in Komplexcodes	4
8-918 Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie	5
8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung	6
8.984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	6
1.4 Psychosoziale Tätigkeiten als Qualitätsmerkmal	7
2. Ambulante Versorgung im Rahmen des §116b SGB V	8
2.1. Rechtliche Grundlagen	8
2.2 Praktische Durchführung	8
2.2.1. Umsetzungsanleitung zu den Richtlinien	10
3. Abrechnung bei Privatpatienten	13
Quellen	15

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus ● Bundesarbeitsgemeinschaft künstlerische Therapien BAG-KT ● Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V. dapo ● Deutsche Diabetes-Gesellschaft DDG, AG Psychologie und Verhaltensmedizin ● Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT ● Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ● Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen DVSG ● Fachgruppe Klin. Psychologen im Allgemeinkrankenhaus des Berufsverbandes Deutscher Psychologen BDP ● Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie, psychosoziale Arbeitsgruppe PSAPOH ● Gesellschaft für Neuropsychologie GNP ● Verband Anthroposophischer Kliniken ● Verband psychologischer PsychotherapeutInnen VPP im BDP ● Verband Anthroposophischer Kliniken ●

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

Vorbemerkung zur 4. 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. 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 gegenwärtig bekannten Möglichkeiten erläutern, in denen psychosoziale Leistungen im Akutkrankenhaus (teilweise) finanziert werden oder für die Finanzierung der Komplexcodes unerlässlich sind.

Die aktuell wichtigen OPS- Codes sind dem Kodierleitfaden der BAG-PVA zu entnehmen
http://www.bag-pva.de/pdf/kodierleitfaden_bag_220101.pdf

Der Textteil zur praktischen Durchführung der ambulanten Versorgung im Rahmen des §116b SGB V, ASV-RL, wurde dankenswerterweise von Herrn Dipl.-Psych. Alf v. Kries (Bis 2018 HELIOS HSK Wiesbaden) erstellt, der sich intensiv in diese komplexe Materie eingearbeitet hat, aber keine Verantwortung über die Richtigkeit und Vollständigkeit übernehmen kann. Für die 4. Auflage wurde dieser Text stark überarbeitet und gekürzt. Wir hoffen, dass hiermit der Einstieg in den Umgang mit den ASV- RL erleichtert werden und erste Hilfestellungen gegeben werden können.

Auch wesentliche andere Teile des Textes wurden überarbeitet und an die aktuell geltenden Bedingungen so angepasst, dass wir nun nicht mehr wie bisher die sich jährlich ändernden Erlösbeträge oder Ziffern einpflegen, sondern auf die weiterführenden Seiten mit einem Link verweisen, auf denen sich aktuelle Zahlen finden lassen. Für einzelne Themen werden zum besseren Verständnis Beispiele mit den Zahlen aus zurückliegenden Jahren aufgeführt.

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

Wir empfehlen, für alle konkreten Abrechnungsfragen im Rahmen von § 116b, ASV-RL das klinikinterne Controlling zu konsultieren, ebenso für die Abrechnungsfragen bezüglich der Komplexcodes.

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

Barbara.griessmeier@kgu.de

1. Stationäre Versorgung

Neue Regelungen: MDK- Reformgesetz 2021 und dessen Relevanz für psychosoziale Dienste

Mit der MDK - Reform 2021 ist eine Unabhängigkeit der Prüfinstanzen von den Kostenträgern beabsichtigt, zudem soll die Straffung der Prüfbedingungen mit besserer Effizienz und Transparenz für Anbieter und Prüfdienste verbunden sein. Gut kodierende Einrichtungen mit effektiver Struktur sollen mittels weniger Prüfungsstress oder Erlösstreitigkeiten belohnt werden.

Deshalb ist eine gute Abbildung psychosozialer Leistungen zwar nicht direkt erlössteigernd, unterm Strich aber bei der Abbildung multimodaler Leistungen nicht verzichtbar und muss bei Streitigkeiten belegbar sein.

Für die Kodierung von psychosozialen Maßnahmen in der stationären Versorgung bei somatischen Haupt- Aufnahmediagnosen bedeutet dies eine beschleunigte und zeitnahe Kodierung und ökonomisch ausgerichtete Behandlungsplanung. Nach Rechnungsstellung sind erlösrelevante Korrekturen nur noch schwerlich anzubringen. Jeder Behandlungstag muss mit Maßnahmendokumentation (OPS-Codes) hinterlegt und begründet sein.

Bei der Planung von gesundheitspsychologischen Maßnahmen (Edukation, Einzelberatungen, Angehörigengespräche) muss die vorgegebene maximale Grenzverweildauer berücksichtigt werden, diese kann mittels klar definierter Nebendiagnosen verlängert werden. Die diesbezügliche Relevanz von F-Diagnosen ist nicht abschließend geklärt. Wenn überhaupt, gilt dies für majore, schwer krankheitswertige F-Diagnosen, mit relevantem Ressourcenverbrauch.

Im Rahmen des gesetzlich geforderten Entlassmanagements sind bei vielen Fällen Nachsorgeeinrichtungen nur schwerlich zu aktivieren, besonders bei Anschlußmaßnahmen (ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, APP, AHB). Oft führt dies zu erlösmindernden Überschreitungen der maximalen Grenzverweildauern. Die psychosozialen Dienste müssen sehr zeitnah, schon nach der Aufnahme, an die Vermittlung weiterversorgender Einrichtungen denken. Dies gilt besonders bei geriatrischen Patienten.

Die derzeit bekannten Finanzierungsmöglichkeiten im stationären Bereich werden nachfolgend dargestellt:

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* entfielen 2017 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 *psychotischen* 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 gibt eine Reihe von Komplexcodes, die unter „Strukturmerkmale“ oder „Mindestmerkmale“ 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“. (Näheres siehe Kodierleitfaden der BAG-PVA).

Achtung: es dürfen keine zusätzlichen psychosozialen „Einzelcodes“ aus dem Bereich 9-401.x kodiert werden, wenn psychosoziale Leistungen im Rahmen eines Komplexcodes erfasst sind.

Zu den psychosozialen Berufsgruppen bzw. Berufsfeldern, die explizit erwähnt werden, gehören:

- Sozialarbeit / Sozialpädagogik
- Psychologie / Neuropsychologie
- Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten
- Psychodiagnostik
- Psychotherapie
- Entspannungsverfahren
- Künstlerische Therapien (Kunst- und / oder Musiktherapie)
- Heilpädagogik
- Supportive Therapie und Patientenschulung

Die Fallpauschalen sind jeweils mit den länderspezifischen Basisfallwerten zu multiplizieren, um zutreffende Vergütungen zu erhalten.

Die aktuellen Fallpauschalen finden sich unter:

www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Fallpauschalen-Katalog, für die Folgejahre kann jeweils das aktuelle Jahr ergänzt werden durch _2023 usw.

Die länderspezifischen Basisfallwerte sind unter <https://www.gkv-pitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/landesbasisfallwerte/landesbasisfallwerte.jsp> zu finden.

Beispielhaft folgen nun drei Komplexcodes, bei denen eine Beteiligung psychosozialer Fachdisziplinen zwingend erforderlich ist:

8- 918 Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST)

Dieser Kode betrifft Hauptdiagnosen, die mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerz) verbunden sind.

Die Patienten müssen mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Arbeitsfähigkeit und/oder des regelmäßigen Schulbesuchs.
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- Bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- Gravierende somatische Begleiterkrankung

Zur Abrechnung dieser Ziffer ist eine mindestens 7-tätige stationäre interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung der Patienten nach einem festgelegtem Behandlungsplan vorgeschrieben.

Diese muss unter zwingender Einbeziehung mind. zweier Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) erfolgen. Gleichzeitig bedarf es der Anwendung von mindestens drei aktiven Therapieverfahren (z.B. Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, künstlerische Therapien, u.a).

Vorgeschrieben ist eine Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment sowie tägliche ärztliche Visiten (oder Teambesprechung) und eine wöchentliche interdisziplinäre Teambesprechung.

Verweildauern: 8-918.0 = mindestens 7 - höchstens 13 Behandlungstage, 8-918.1= mindestens 14 - höchstens 20 Behandlungstage, 8-918.2= mindestens 21 Behandlungstage)

Weitere Kodes sind:

8-91b Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (Behandlungsdauer max. 6 Tage)

8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (Gruppengröße max. 8 Patienten, gestaffelte Leistungsangebote)

Aufgrund der bestehenden hohen Anforderungen hinsichtlich der Struktur - und Prozessqualität in der stationären und teilstationären Schmerztherapie sind externe Zertifizierungen der Leistungserbringenden Abteilungen bzw. Kliniken dringend zu empfehlen.

Zunehmende MDK - Überprüfungen der Aufenthalte werden nur durch eine entsprechend fundierte Diagnostik und Patientenauswahl (anhand der jeweiligen Einschlussmerkmale), in Verbindung mit einer leitliniengerechten Behandlung und präzisen Dokumentation aller erbrachten Leistungen erfolgreich bestanden.

Aufgrund der Vorgaben und steigender Prävalenzzahlen (vgl. Versorgungsatlas Schmerzmedizin 2020) werden von vielen Kliniken und leistungserbringenden Abteilungen approbierte Psychologische Psychotherapeuten mit der Zusatzqualifikation Spezielle Schmerzpsychotherapie weiterhin dringend gesucht.

Versorgungsatlas Schmerzmedizin 2020:

https://oberender.com/wp-content/uploads/2020/05/Schmerzstudie-2020_5.pdf

Deutsche Schmerzgesellschaft (Ad-hoc Kommission IMST):

<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/die-gesellschaft/kommissionen/ad-hoc-kommission-interdisziplinare-multimodale-schmerztherapie>

Für bestimmte Leistungen werden sog. Zusatzentgelte gezahlt. Dies trifft z.B. auf folgende Komplexcodes zu:

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, allerdings besteht theoretisch die Möglichkeit, dass die Ziffer notfalls auch ohne Beteiligung von Vertretern psychosozialer Berufsgruppen abgerechnet werden kann. Problematisch könnte das bei MDK-Prüfungen nur werden, wenn trotz vorhandener schwerwiegender psychosozialer Belastung keine entsprechende Fachkraft in der Behandlung beteiligt wurde. MDK-Prüfungen zeigten, dass VertreterInnen psychosozialer Berufsgruppen (V.a. Sozialdienst, Psychologie) regelmäßig an den Teambesprechungen teilnehmen sollen, selbst wenn sie nicht aktiv in eine Behandlung eingebunden sind. siehe www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Fallpauschalen-Katalog, für die Folgejahre kann jeweils das aktuelle Jahr ergänzt werden durch _2022 usw.

Auch die Finanzierung für die Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e, 1-3) erfolgt über Zusatzentgelte. Bedingungen siehe oben. Strukturmerkmal ist allerdings ein Multiprofessionelles Team.

Die Zusatzentgelte für die Versorgung durch einen Palliativdienst (OPS-Ziffer 8-98h) müssen (noch!) von den jeweiligen anbietenden Krankenhäusern extra mit den Kassen verhandelt werden. Bei der OPS 8-98h muss mindestens eine dritte Berufsgruppe fest benannt werden: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie.

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. Eine notwendige stationäre Behandlung, mit psychosozialen „Einweisungshintergrund“, aber somatischer Indikation, sollte nur von spezialisierten und zertifizierten Schwerpunkteinrichtungen (Diabetologicum DDG) durchgeführt werden.

Die Kostenübernahmen stationärer Diabetologie werden vom MDK in vielen Fällen penibel geprüft. Die aktuelle Praxis zeigt eine regional sehr unterschiedliche Prüfungspraxis des MDK zur Feststellung, schon bei der Klärung einer primären Fehlbelegung (es liegen keine Gründe für eine stationäre Behandlung vor). Dieser Behandlungsteil sollte nur von speziell qualifiziertem Personal durchgeführt werden (Fachpsychologen DDG, Psychologen in Fachweiterbildung DDG, psychologische Psychotherapeuten als „Spezielle Psychotherapie“, oder approbierte ärztliche Psychotherapeuten). In jedem Fall erweist sich eine Akkreditierung der Einrichtung als Leistungsanbieter im Versorgungskorridor der diabetesspezifischen Chronikerprogramme als hilfreich. (Typ-1 Diabetes, Typ-2 Diabetes, pädiatrische Diabetologie)

Hilfreich ist ebenso die Erbringung psychodiabetologischer Interventionen im Liaisondienst. Bei einer Kooperation von Leistungsanbietern sollte eine stichhaltige Kooperationsvereinbarung formuliert sein. Dies gilt besonders auch für die transsektorale Versorgung, mit weitergehender spezialisierter Nachsorge. Die gemeinsame Formulierung von Prozessstandards (SOP's, Verfahrensweisungen bei der Zusammenarbeit) ist bei den Zertifizierungen (DDG) zuträglich und steigert die Positionierung in der sektor- übergreifenden Versorgungslandschaft.

In jedem Fall muss die fachpsychologische Maßnahme als Teil der interdisziplinären Therapieplanung und Umsetzung 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 pädiatrische Therapie muss ebenfalls abgebildet 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 und der Prüfung des MDK zu sekundären Fehlbelegungen.

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.

Neuerdings ist die behandlungsbedürftige (schwere) Hypoglykämie (E16.0) als erlösrelevante Komplikation anerkannt. Bei diesbezüglichem Ressourcenverbrauch in Beratung/ Schulung/ Intervention kann eine Erlössteigerung stattfinden.

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 pädiatrische Diabetologie, die Neonatologie oder bestimmte onkologische Bereiche der Erwachsenenversorgung (Organkrebszentren, Onkologische Zentren). Auch wenn hier jeweils der Einsatz psychosozialer MitarbeiterInnen gefordert wird, ist eine adäquate Finanzierung trotzdem nicht geregelt, sondern basiert auf den unter 1.1. genannten Anteilen für „Klinische Psychologie“ in den Fallpauschalen.

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

2.1 Rechtliche Grundlagen

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) zum 1. Januar 2012 ist die ambulante Behandlung im Krankenhaus in § 116b SGB V, ASV-RL als spezialfachärztliche Versorgung (ASV) geregelt, auf Bundesebene vereinheitlicht und gilt für alle Anbieter ambulanter fachärztlicher Leistungen (Kliniken, niedergelassene Fachärzte und Fachpsychologen). Diese Anbieter können (auch mit Einbindung der KV) ihre Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Die Leistungen in der ASV werden extrabudgetär vergütet. Unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/80/> sind die nötigen Informationen dazu zu finden. 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.

Seit 2013 sind mehrere Erkrankungsgruppen für diese Versorgungsform dazu gekommen. Alle Kliniken und Praxen, die über §116b ASV Erlöse generieren wollen, müssen sich über ein aufwendiges Verfahren bei dem jeweiligen Erweiterten Landesausschuss (ELA) des Landes anmelden. In dem Appendix der jeweiligen Richtlinien (RL) zu den einzelnen Erkrankungen ist niedergelegt, welche Leistungen für welche Diagnosen erbracht und abgerechnet werden können. Eine Zusammenstellung der nichtonkologischen Erkrankungen in der ASV (Stand Januar 2021) finden sich unter dem oben angegebenen Link zum GBA:

- [Appendix Anlage 1.1 b\) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene](#)
- [Appendix Anlage 1.1 b\) Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche](#)
- [Appendix Anlage 2 a\) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose](#)
- [Appendix Anlage 2 b\) Mukoviszidose](#)
- [Appendix Anlage 2 c\) Hämophilie](#)
- [Appendix Anlage 2 e\) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Sarkoidose](#)
- [Appendix Anlage 2 h\) Morbus Wilson](#)
- [Appendix Anlage 2 k\) Marfan-Syndrom](#)
- [Appendix Anlage 2 l\) pulmonale Hypertonie](#)
- [Appendix Anlage 2 o\) ausgewählte seltene Lebererkrankungen](#)

Die onkologischen Erkrankungen innerhalb der ASV gliedern sich in fünf Tumorgruppen:

- [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle](#)
- [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren](#)
- [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren](#)
- [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 4: Hauttumoren](#)
- [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax](#)

2.2 Praktische Durchführung

Für alle konkreten Fragen zur Umsetzung von §116b ASV sollte man sich an den ASV-Zuständigen im Hause wenden.

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/>

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 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 der Klinik an den ELA werden für die personelle Ausstattung benannt:

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).

Hinzuzuziehende 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 *aber auch* tätig werden, wenn das Krankenhaus die Teilnahme anzeigt, in welchem die psychotherapeutische Fachkraft als Angestellter/Angestellte tätig sind. Somit können Angestellte des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses an der ASV teilnehmen.

Ihr Tätigkeitsort muss in angemessener Entfernung liegen, d.h. in der Regel sollte die psychotherapeutische Fachkraft von den Patienten, ausgehend von dem Tätigkeitsort des Kernteams, in maximal in 30 Minuten erreicht werden können.

Für psychotherapeutische Fachkräfte ist der Passus der ASV-RL „Hinzuzuziehende Fachärzte“ unter 2. Personelle Anforderungen, c) wesentlich. Damit gehören diese unter c) genannten Fachkräfte zu den Teammitgliedern:

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

2.2.1. Umsetzungsanleitung zu den RL

Tätigkeitsort:

Der Tätigkeitsort ist durch den Ort der Teamleitung festgelegt in der Regel die Klinik, in der die psychotherapeutische Fachkraft (approbiert) angestellt ist.

Qualifikation z.B. für die Psychoonkologische Versorgung

„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 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 neue 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)

Grundsätzliches zu den jeweils aktuellen EBM-Ziffern pro Erkrankungsgruppe findet sich unter <https://www.institut-ba.de> unter den entsprechenden Appendixen (s.o.)

Leistungen im Abschnitt 2

Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung analog der GOP 23220 des EBM ab dem 16. Mal im Behandlungsfall - EBM 51030
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.“

Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung (analog der GOP 22222)
EBM -51032

Ausgangslage für Psychoonkologische Dienste oder ähnliche Psychologisch-psychotherapeutische Abteilungen bzw. in entsprechenden Kliniken angestellte psychotherapeutische Fachkräfte:

Diese Fachkräfte werden unter der Gruppe der Hinzugezogenen Fachärzte (FÄ) geführt. Eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Eintragung in das Arztregister der jeweiligen KV voraus. 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 einer psychologischen/psychotherapeutischen Abteilung oder eine einzelne psychotherapeutische Fachkraft sowie deren Stellvertreter (für Ausfallzeiten) namentlich aufgeführt.

Empfehlung:

Eigeninitiativ dafür sorgen, dass die jeweilige Fachkraft in den Unterlagen der Klinik zur ASV auch wirklich aufgeführt wird!

Überweisungen

Die Versorgung erfolgt normalerweise immer mit einer §116b Überweisung aus dem Kernteam an die psychotherapeutischen Leistungserbringer. 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 psychotherapeutischer Versorgung ist nach vier Quartalen eine erneute Überweisung erforderlich und möglich.

Die zu behandelnden Diagnosen:

Aufgelistete Diagnosen lt. Verzeichnis des GBA:

Lt. Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

- a) Onkologische Erkrankungen (5 Tumorgruppen, Stand 01/21)
- b) Rheumatologische Erkrankungen, getrennt nach Erwachsenen (=Teil 1) und Kindern/Jugendlichen (=Teil 2)

Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen. Davon können psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der ASV (Stand 01/21) erbracht werden bei

- Mukoviszidose
- Hämophilie

- Sarkoidose
- Morbus Wilson
- Marfan-Syndrom
- Pulmonale Hypertonie
- Seltene Lebererkrankungen

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 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): 1,2facher Steigerungssatz
- Übrige Leistungen: 1,5facher Steigerungssatz

Dokumentation:

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

Niedergelassene PT:

Sie können sich als „Hinzuzuziehende Fachärzte“ in sich gründende ASV 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 psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der ASV 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 Psychotherapeutische Gespräche als Gruppenbehandlung abgerechnet werden.

(Die ASV- Versorgung gilt für 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 von den psychotherapeutischen Fachkräften zeitnah in das Dokumentationssystem des Hauses eingebracht werden. (D.h. man hat eine eigene Zugangsberechtigung zum System und dokumentiert selbst, oder die Daten werden über Dokumentationsfachkräfte eingepflegt.)

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 neurosenpsychologischen 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
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 Befundbericht (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:

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>