

## Möglichkeiten der Finanzierung psychosozialer Leistungen im Akutkrankenhaus

**B. Griebmeier, A. v. Kries, K. Rölver, R. Curio, R. Hirth**

im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus

Version: 1.2.2015

### 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	4
8.984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	5
1.4 Psychosoziale Tätigkeiten als Qualitätsmerkmal	5
2. Ambulante Versorgung im Rahmen des §116b SGB V	6
2.1. Rechtliche Grundlagen	7
2.2 Praktische Durchführung	8
§116b alt	8
§116b neu	17
3. Abrechnung bei Privatpatienten	20

**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**

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.

**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, mit der DRG I 42.Z. Diese DRG entspricht einem Wert von 1,197. Dieser Wert wird länder-spezifisch mit dem Basisfallwert multipliziert, ist am Ende also abhängig von dem Bundesland, in dem die Leistung erbracht wird.

Dies gilt auch für Hauptdiagnosen, die das Nervensystem betreffen (also z.B. Kopfschmerzdiagno-sen oder andere neurologische Erkrankungen), DRG B47Z. Hier beträgt der bundeseinheitliche Wert 1,243 und wird wieder mit dem Basisfallwert multipliziert. Als Beispiel: Für NRW ist der Basisfallwert 3.117, 36 Euro.

Wird als Hauptdiagnose eine F-Diagnose gegeben, muss das jeweilige Krankenhaus ein Zusatz-entgelt mit den Kassen extra vereinbaren (Lesart „Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergüte-te vollstationäre Leistungen“).

### 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

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

ZE60	Palliativ- medizinische Komplex- behandlung	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 palliativ- medizinische Kom- plexbehandlung	ZE145.01	8- 98e.1	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplex- behandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.572,06 €
		ZE145.02	8- 98e.2	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplex- behandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.906,10 €
		ZE145.03	8- 98e.3	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplex- behandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.220,35 €

### **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.

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, < 16 Jahre, ist der Mehrerlös gegenüber einer „normalen“ Behandlung (Rekompensation) erheblich: Übergang von der Erlösgruppe K60E auf K60 A; der Mehrerlös pro Fall beträgt ca. 3000.- Euro.

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

### **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, mit Einbindung der KV, 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 zweijährige Übergangszeit. D.h. bis Juli 2016 kann man nach der alten ABK-RL abrechnen; es sei denn das Haus meldet sich für die neue ASV-RL GIT an, dann gilt natürlich die neue.

## 2.2 Praktische Durchführung

Vorab sollte im Haus geklärt sein, dass eine eigene Kostenstelle für diese Leistungen eingerichtet wird, damit die Erlöse auch eindeutig der Psychosozialen Versorgung zugeordnet werden können.

### 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 noch abrechnen. Dann greift eine Übergangszeit von 2 Jahren, wenn die jeweilige ASV-Richtlinie zu der Erkrankung rechtskräftig ist (z. B. jetzt ab Juli 2014 für die GI- Tumoren).

### **Relevante EBM – Ziffern zur Abrechnung von psychosozialen Leistungen bei ambulanten Kassenpatienten im Zusammenhang mit dem §116b**

#### **Kapitel 1 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenpositionen**

<b>EBM</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Punkte</b>
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten - Zwischen 19.00 und 22.00 - An Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12 zwischen 7:00 und 19:00	196
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten - Zwischen 22:00 und 7:00 - An Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12 zwischen 19:00 und 7:00	313
01410	Besuch eine Kranken wegen der Erkrankung ausgeführt (Hausbesuch!)	212
01411	Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt	469
01412	Dringender Besuch/dringende Visite auf der Belegstation - Zwischen 22:00 und 7:00 - An Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 19:00 und 7:00	626
01413	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)	106
01414	Visite auf Belegstation, je Patient	87
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen	546
01430	Verwaltungskomplex. Ausstellung von Rezepten, Überweisungsscheinen, Übermittlung von Befunden an den Patienten	12
01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale. Telefonische Beratung des Patienten nach Kontaktaufnahme durch den Patienten. Einmal im Behandlungsfall	88
16000	Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	39
16001	Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information	74



	des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten	
16002	Gebührenordnungsposition für die Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes nach den Nrn. 01600, 01601, 01790, 01791, 01792, 01835, 01836, 01837, 08570, 08571, 08572, 11230, 11231 oder 11232 an den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V	12
16020	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem Muster 50	30
16202 1	Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56	44
16202 2	Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51 oder 52	88

### Kapitel 23 Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen:

EBM	Inhalt	Punkte
	<p><b>Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,</li> <li>- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,</li> <li>- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,</li> <li>- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,</li> <li>- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,</li> </ul> <p>einmal im Behandlungsfall</p>	
21210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	81
23211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	120
21212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	106
23214	<p><b>Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,</li> <li>- Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,</li> <li>- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,</li> <li>- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,</li> <li>- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,</li> <li>- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,</li> <li>- Intensive Beratung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder</li> </ul>	286

	beruflichen bzw. schulischen Auswirkungen und deren Bewältigung, einmal im Behandlungsfall	
21216	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 und 23214 einmal im Behandlungsfall	164
23220	<b>Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Dauer mindestens 10 Minuten, - Einzelbehandlung, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Syndrombezogene therapeutische Intervention, - Krisenintervention, - Anleitung der Bezugsperson(en), je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall	108

### Kapitel 23 Psychotherapeutische Medizin Gebührenpositionen:

EBM	Inhalt	Punkte
	<b>Psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen</b> <b>Grundpauschale</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600, Kassenärztliche Bundesvereinigung <b>KBV</b> Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601, - Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer, - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, einmal im Behandlungsfall	
22210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	138
22211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	179
22212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	156
22216	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 einmal im Behandlungsfall	164
22220	<i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Dauer mindestens 10 Minuten, - Als Einzelbehandlung, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Syndrombezogene therapeutische Intervention, - Instruktion der Bezugsperson(en), je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall	108
22221	<b>Psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)</b>	90

	<p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychosomatisch und/oder psychopathologisch definierten Krankheitsbildes,</li> <li>- Einbeziehung psychosozialer Gesichtspunkte,</li> <li>- Dauer mindestens 10 Minuten,</li> <li>- Als Einzelbehandlung,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrombezogene therapeutische Intervention,</li> <li>- Instruktion der Bezugsperson(en),</li> </ul> <p>je vollendete 10 Minuten</p>	
22222	<p><b>Psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauer mindestens 40 Minuten,</li> <li>- Als Gruppenbehandlung,</li> <li>- Mindestens 3 , höchstens 8 Teilnehmer,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrombezogene therapeutische Intervention,</li> <li>- Instruktion der Bezugsperson(en),</li> </ul> <p>je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten</p>	74
22230	<p><b>Klinisch-neurologische Basisdiagnostik</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhebung des Reflexstatus,</li> <li>- Prüfung der Motorik,</li> <li>- Prüfung der Sensibilität,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prüfung der Funktion der Hirnnerven,</li> <li>- Prüfung der Funktion des extrapyramidalen System,</li> <li>- Prüfung des Vegetativums,</li> <li>- Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße,</li> </ul> <p>einmal im Behandlungsfall</p>	65

## Kapitel 35 Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

### 35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

Die Gebührenordnungspositionen 35130 bis 35142 und 35150 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnet werden

EBM	Inhalt	Punkte
35100	<p><b>Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände,</li> <li>- Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge,</li> <li>- Dauer mindestens 15 Minuten</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p>	152

	- Beratung bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)	
35110	<b>Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, - Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, - Dauer mindestens 15 Minuten <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)	152
35111	<b>Übende Verfahren</b> (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als <b>Einzelbehandlung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Übende Verfahren, - Verbale Intervention, - Einführung des Patienten in das Verfahren, - Standardisierte Dokumentation, - Dauer mindestens 25 Minuten, - Einzelbehandlung	232
35112	<b>Übende Verfahren</b> (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als <b>Gruppenbehandlung bei Erwachsenen</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Übende Verfahren, - Verbale Intervention, - Einführung des Patienten in das Verfahren, - Standardisierte Dokumentation, - Dauer mindestens 50 Minuten, - Gruppenbehandlung bei Erwachsenen, - Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer, je Teilnehmer	62
35113	<b>Übende Verfahren</b> (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als <b>Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Übende Verfahren, - Verbale Intervention, - Einführung des Patienten in das Verfahren, 35113- Standardisierte Dokumentation, - Dauer mindestens 30 Minuten, - Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, - Mindestens 2, höchstens 6 Teilnehmer, je Teilnehmer	90
35120	<b>Hypnose</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose, - Verbale Intervention, - Standardisierte Dokumentation, - Dauer mindestens 15 Minuten	145
35130	<b>Bericht</b> an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht <b>zur Einleitung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Kurzzeittherapie</b>	168

35131	<b>Bericht</b> an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht <b>zur Einleitung</b> oder <b>Verlängerung</b> der <b>tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Langzeittherapie</b>	54
35140	<b>Biographische Anamnese</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Erstellen der biographischen Anamnese, - Bestimmung des psychodynamischen bzw. verhaltensanalytischen Status, - Dauer mindestens 50 Minuten	493
35141	<b>Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie, - Dauer mindestens 20 Minuten,	181
35142	<b>Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140</b> für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde	65
35150	<b>Probatorische Sitzung</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Probatorische Sitzung, - Dauer mindestens 50 Minuten <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie, - Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten	621

### 35.2 Antragspflichtige Leistungen

EBM	Inhalt	Punkte
35100	<b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, - Kurzzeittherapie, - Einzelbehandlung, - Höchstens 25 Sitzungen, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer, - Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 5200 gemäß § 23b Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarungen, je vollendete 50 Minuten	819
35201	<b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,	819

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Langzeittherapie,</li> <li>- Einzelbehandlung,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 5201 gemäß § 23b Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarungen,</li> </ul> <p>je vollendete 50 Minuten 82,96</p>	
35202	<p><b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,</li> <li>- Kurzzeittherapie,</li> <li>- Gruppenbehandlung,</li> <li>- Höchstens 25 Sitzungen,</li> <li>- Dauer mindestens 100 Minuten,</li> <li>- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,</li> <li>- Mindestens 6, höchstens 9 Teilnehmer,</li> </ul> <p>je Teilnehmer</p>	407
35203	<p><b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,</li> <li>- Langzeittherapie,</li> <li>- Gruppenbehandlung,</li> <li>- Dauer mindestens 100 Minuten,</li> <li>- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,</li> <li>- Mindestens 6, höchstens 9 Teilnehmer,</li> </ul> <p>je Teilnehmer</p>	407
35210	<p><b>Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analytische Psychotherapie,</li> <li>- Einzelbehandlung,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 5210 gemäß § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarungen,</li> </ul> <p>je vollendete 50 Minuten</p>	407
35211	<p><b>Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analytische Psychotherapie,</li> <li>- Gruppenbehandlung,</li> </ul> <p>Kassenärztliche Bundesvereinigung <b>KBV</b> Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V</p> <p>Dauer mindestens 100 Minuten,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,</li> <li>- Mindestens 6, höchstens 9 Teilnehmer,</li> </ul> <p>je Teilnehmer</p>	407
35220	<p><b>Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltenstherapie,</li> <li>- Kurzzeittherapie,</li> <li>- Einzelbehandlung,</li> </ul>	819

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Höchstens 25 Sitzungen,</li> <li><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></li> <li>- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,</li> <li>- Auch in mehrstündigen Sitzungen bei entsprechendem zweifachen, dreifachen oder vierfachen Ansatz der Gebührenordnungsposition 35220 gemäß § 23b Abs. 1 Nr. 3 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 Psychotherapie-Vereinbarungen,</li> <li>je vollendete 50 Minuten</li> </ul>	
35221	<p><b>Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltenstherapie,</li> <li>- Langzeittherapie,</li> <li>- Einzelbehandlung,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,</li> <li>- Auch in mehrstündigen Sitzungen bei entsprechendem zweifachen, dreifachen oder vierfachen Ansatz der Gebührenordnungsposition 35221 gemäß § 23b Abs. 1 Nr. 3 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 Psychotherapie-Vereinbarungen,</li> <li>je vollendete 50 Minuten</li> </ul>	819
35222	<p><b>Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltenstherapie,</li> <li>- Kurzzeittherapie,</li> <li>- Gruppenbehandlung,</li> <li>- Höchstens 25 Sitzungen,</li> <li>- Mindestens 2, höchstens 4 Teilnehmer,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auch in mehrstündigen Sitzungen bei entsprechendem zweifachen, dreifachen oder vierfachen Ansatz der Gebührenordnungsposition 5222 gemäß § 23b Abs. 1 Nr. 3 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 Psychotherapie-Vereinbarungen,</li> <li>je Teilnehmer, je vollendete 50 Minuten</li> </ul>	407
35223	<p><b>Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltenstherapie,</li> <li>- Langzeittherapie,</li> <li>- Gruppenbehandlung,</li> <li>- Mindestens 2, höchstens 4 Teilnehmer,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auch in mehrstündigen Sitzungen bei entsprechendem zweifachen, dreifachen oder vierfachen Ansatz der Gebührenordnungsposition 35223 gemäß § 23b Abs. 1 Nr. 3 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 Psychotherapie-Vereinbarungen,</li> <li>je Teilnehmer, je vollendete 50 Minuten</li> </ul>	407
35224	<p><b>Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verhaltenstherapie,</li> <li>- Kurzzeittherapie,</li> <li>- Gruppenbehandlung,</li> <li>- Höchstens 25 Sitzungen,</li> </ul>	205

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 5, höchstens 9 Teilnehmer,</li> <li><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></li> <li>- Auch in mehrstündigen Sitzungen bei entsprechendem zweifachen, dreifachen oder vierfachen Ansatz der Gebührenordnungsposition 35224 gemäß § 23b Abs. 1 Nr. 3 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 Psychotherapie-Vereinbarungen,</li> <li>je Teilnehmer, je vollendete 50 Minuten</li> </ul>	
35225	<p><b>Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltenstherapie,</li> <li>- Langzeittherapie,</li> <li>- Gruppenbehandlung,</li> <li>- Mindestens 5, höchstens 9 Teilnehmer,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auch in mehrstündigen Sitzungen bei entsprechendem zweifachen, dreifachen oder vierfachen Ansatz der Gebührenordnungsposition 35225 gemäß § 23b Abs. 1 Nr. 3 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 Psychotherapie-Vereinbarungen,</li> <li>je Teilnehmer, je vollendete 50</li> </ul>	205

### Kapitel 35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Behandlungsfall

- für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1280 Punkten,
- für Versicherte ab Beginn des 19. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 854 Punkten berechnungsfähig.

EBM	Inhalt	Punkte
35300	<p><b>Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren</b></p> <p>Kassenärztliche Bundesvereinigung <b>KBV</b> Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwendung standardisierter Testverfahren</li> <li>- Fragebogentest</li> <li>und/oder</li> <li>- Orientierender Test,</li> <li>- Auswertung eines Testverfahrens,</li> <li>- Schriftliche Aufzeichnung,</li> <li>- Dauer mindestens 5 Minuten,</li> <li>je vollendete 5 Minuten</li> </ul>	28
35301	<p><b>Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwendung psychometrischer Testverfahren</li> <li>- Funktionstest</li> <li>und/oder</li> <li>- Entwicklungstest</li> <li>und/oder</li> <li>- Intelligenztest,</li> </ul>	28



	- Auswertung eines Testverfahrens, - Schriftliche Aufzeichnung, - Dauer mindestens 5 Minuten, je vollendete 5 Minuten	
35302	<b>Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Anwendung projektiver Verfahren, - Auswertung eines Verfahrens, - Schriftliche Aufzeichnung, - Dauer mindestens 5 Minuten, je vollendete 5 Minuten	46

### 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 Landesausschuss (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. Aktuell ist nur die RL für die gastrointestinalen Tumoren rechtskräftig (seit Juli 2014). In dem Appendix GIT sind aufgeführt:

Diagnosen:

#### **Eingeschlossene Diagnosen – schwere Verlaufsform**

Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle zählen zu den "Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen", die nur im Falle eines "schweren Verlaufs" Teil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu folgende Festlegung getroffen:

#### **Regelhaft schwerer Verlauf**

Bei folgenden bösartigen Neubildungen liegt **regelhaft ein schwerer Verlauf** vor, d.h. neben der entsprechenden gesicherten Diagnose sind keine weiteren Kriterien zu erfüllen, um den Patienten in die ASV aufnehmen zu können:

- C17.- Dünndarm
- C18.8 Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
- C22.- Leber und intrahepatische Gallengänge
- C23, C24.- Gallenblase und -wege
- C25.- Pankreas
- C26.1 Milz
- C26.8 Verdauungssystem, mehrere überlappend
- C45.1 Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
- C47.4/5/8 Periphere Nerven des Abdomens bzw. Beckens bzw. mehrere überlappend
- C48.1/2/8 Teile des Peritoneums oder überlappend
- C49.4/5/8 Bindegewebe und and. Weichteilgewebe des Abdomens bzw. Beckens bzw. überlappend
- C74.- Nebenniere
- C75.0/8 Nebenschilddrüse bzw. mehrere endokrine Drüsen

- C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt

### Im Einzelfall schwerer Verlauf

Bei folgenden bösartigen Neubildungen liegt **nur im Einzelfall ein schwerer Verlauf** vor, d.h. neben der entsprechenden gesicherten Diagnose sind zwingend weiteren Kriterien (siehe unten) nachzuweisen, um den Patienten in der ASV behandeln zu können:

- C15.- Ösophagus
- C16.- Magen
- C18.- (ohne C18.8) Kolon
- C19 Rektosigmoid, Übergang
- C20 Rektums
- C21.- Anus und Analkanal
- C26.0 Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
- C73 Schilddrüse
- C76.2 Abdomen
- C76.3 Becken
- C76.8 Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend

### Kriterien für schweren Verlauf im Einzelfall:

- Tumorstadium mit Lymphknotenbefall, Fernmetastasen, High Grade oder R > 0 sofern Bedarf einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie besteht, d.h. Indikation für systemische Therapie und/oder Strahlentherapie als Primärtherapie oder neo-/adjuvante Therapie, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf
- Rezidiv oder Progression (inkl. Non-Responder), sofern Bedarf einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie besteht, d.h. Indikation für systemische Therapie und/oder Strahlentherapie als Primärtherapie oder neo-/adjuvante Therapie, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf
- Vorliegen einer schweren Grunderkrankungen (z.B. Immunschwäche, Vaskulitis) oder Schwangerschaft, die Abweichen vom Standard-Therapieschema erforderlich machen
- Onkologische Diagnosen mit Prävalenz  $\leq 1:100.000$

Die nun folgende Tabelle (S. 10) ist ein Appendix- Auszug aus der ASV-RL: GI- Tumore vom 26.07.14 und beschreibt den Leistungsrahmen für einen Psychoonkologische Versorgung (POV). Die PSO ist bemüht, diesen Leistungskatalog im Sinne einer qualifizierten Psychoonkologischen Versorgung (POV) zu erweitern. Die Verhandlungen laufen noch (s. Positionspapier der PSO, 01.09.2014).

## Psychotherapeutische Leistungen:

### Appendix- Auszug aus der ASV-RL: GI- Tumore, 26.07.14. Leistungsrahmen für einen Psychoonkologische Versorgung (POV)

Bereich	Kapitel	Abschnitt	Abschnitt Bezeichnung	GOP	GOP Bezeichnung	Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
III	21	21.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung) <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Dauer mindestens 10 Minuten, - Als Einzelbehandlung, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie unter Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, - Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes, - Syndrombezogene therapeutische Intervention, - Anleitung der Bezugsperson(en), je vollendete 10 Minuten	0	1	0
III	21	21.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	21221	Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung) <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Dauer mindestens 40 Minuten, - Gruppenbehandlung, - Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Syndrombezogene therapeutische Intervention, - Anleitung der Bezugsperson(en), je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten	0	1	0
III	22	22.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Dauer mindestens 10 Minuten, - Als Einzelbehandlung, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Syndrombezogene therapeutische Intervention, - Instruktion der Bezugsperson(en), je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall	0	0	1
III	22	22.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	22222	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung) <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Dauer mindestens 40 Minuten, - Als Gruppenbehandlung, - Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Syndrombezogene therapeutische Intervention, - Instruktion der Bezugsperson(en), je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten	0	0	1
III	23	23.3	Therapeutische Gebührenordnungsposition	23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Dauer mindestens 10 Minuten, - Einzelbehandlung, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Syndrombezogene therapeutische Intervention, - Krisenintervention, - Anleitung der Bezugsperson(en), je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall	1	0	0
			Änderung der Anlage 1 a) vom 20.03.14	neu	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z.B. Hospize, SAPV)	1	1	1
			Änderung der Anlage 1 a) vom 20.03.14	neu	Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) ASV-RL	0	0	0
			Änderung der Anlage 1 a) vom 20.03.14	neu	Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung eines Patienten	0	0	0

### 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:

		<b>PSYCHOTHERAPIE</b>	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
		<b>TESTVERFAHREN</b>		
GOÄ	856	Standardisierte Testverfahren		361
GOÄ	855	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren		722
GOÄ	857	Orientierende Testverfahren		116
		<b>BESPRECHUNGEN</b>		
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
		<b>ENTSPANNUNGSVERFAHREN</b>		
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>Gruppenbehandlung</u> mit höchstens 12 Teilnehmern, Dauer mind. <u>20 Min.</u> , je Teilnehmer		45

<b>B E R A T U N G</b>				
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
<b>B E R I C H T E, B R I E F F E</b>				
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
<b>G R U P P E N</b>				
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](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/>

Und : Kuhla, W., 2012: ‚Spezialfachärztliche Leistungen nach dem neuen § 116 b SGB 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](http://www.kbv.de/media/sp/Einheitlicher_Bewertungsma_stab_Stand_2014_1._Quartal.pdf)

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