

Vortrag dapo 11.06.09
11:10 – 11:40

Sektorenübergreifende Versorgung

Inhalt

Gegenstand des Vortrags	Seite 1
Hinführung - Kräfte die das Feld bestimmen	Seite 2
Versorgung im Rahmen des §116b, SGBV	
Grundlagen	Seite 3
praktische Umsetzung	Seite 7
Versorgungsentwicklung POD HSK	Seite 8

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Infos zu meiner Person und zum POD HSK

Gegenstand des Vortrags

Wenn man über Psychoonkologische (PO)-Versorgung sprechen will, dann bewegt man sich in einem weitläufigen Feld. Das Feld der PO-Versorgung spannt sich von der Diagnosestellung beim Patienten, bis zur Trauerbegleitung des Angehörigen und der Entlastung und Schulung der mitbehandelnden Kollegen.

Diese Versorgungskette umfassend zu erkunden (Rahmenbedingung der Versorgung, Versorgungsinhalte, Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und nicht zu letzt ökonomische Aspekte) ist nicht Gegenstand dieses Vortrags. In diesem Vortrag konzentriere ich mich auf einen Teilaspekt: die PO-Versorgung an den Sektor-Übergängen ambulante Versorgung – stationäre Versorgung.

Und hier steht heute im speziellen die PO-Versorgung im Rahmen des §116b, SGB V im Mittelpunkt.

Hinführung - Kräfte die das Feld bestimmen

Jede Betrachtung der PO-Versorgung kann die politischen Rahmenvorgaben nicht aus dem Auge lassen. Sie sind bestimmt durch den politischen Willen, der zunehmend regionale Versorgungszentren zum Ziel hat, wobei es die Kliniken sein sollen, die diese Rolle gestalten. Gesetzliche Vorgaben oder Eingriffe eröffnen den Kliniken zunehmend den Zugang in das Feld der ambulanten Versorgung (z.B. Integrierte Versorgungsverträge, §116b, SGBV), gleichzeitig wird über die Steuerung der Vergütungen starker Druck ausgeübt die stationäre Versorgung insgesamt zu reduzieren (Abbau der Betten) und Reduktion der Verweildauern (Deckelung, Budgetregeln, Fallpauschalen (DRG)). (z. B. die Verweildaueränderung in der HSK: in 2005/ 8,6 Tage - in 2008 7,7 Tage)

Im Weiteren sind durch den Gesundheitsfond für die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bei der Verteilung der vorhandenen Gelder neue Spielregeln und Anforderungen gültig geworden. Die Kassen werden die ihnen nun in begrenzter Form zur Verfügung stehenden Mittel nach Kriterien vergeben, die das Überleben der jeweiligen Kasse garantieren. Das heißt, dass sie in Zukunft verstärkt die Leistung erstatten werden, die preiswert sind, die Qualitätsanforderungen erfüllen und die Effizienzanforderungen stand halten.

Anbetracht dieser benannten Rahmenbedingungen (knappere, gezieltere und überprüfbarere Verteilung der vorhandenen Mittel) im Gesundheitswesen gibt es deutliche und verschärfte Konkurrenz und Wettbewerb.

Dies hat auch Folgen für die Ausgestaltung einer PO-Versorgung. Nur eine qualifizierte, wirkungsvolle und kostenbewusste PO-Versorgung wird hier einen Platz finden. Wir sind herausgefordert transparent zu machen, welche PO-Leistung erfordert welchen Aufwand und bringt für wen welchen Nutzen (kurz, mittel und langfristig).

Wenn ich von einer PO-Versorgung spreche, dann umfasst diese aus meiner Sicht Leistungen mit folgenden Schwerpunkten:

- beratende und therapeutische Versorgung der Patienten
- beratende und therapeutische Versorgung ihrer Angehörigen
- entlastenden und schulende Unterstützung der Kollegen,
die mit uns im Felde der Onkologie arbeiten
- Initiierung und Aufbau von Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Institutionen, die eine PO-Versorgung in die reguläre medizinische Behandlung integriert

Mögliche Kooperationspartner bzgl. der PO-Versorgung sind andere Kliniken, die Praxen der niedergelassenen Ärzte (Haus- und Fachärzte) und der Psychotherapeuten, die Beratungsstellen, die SHG und sonstige Anbieter. Kooperationspartner bzgl. der Implementierung einer integrierten PO-Versorgung sind die Verwaltungsleitungen, die Chefärzte, aber auch die Krankenkassen.

Ziel muss es sein eine PO-Versorgungskette entstehen zu lassen, die von der Diagnosestellung bis zur Trauerbegleitung des Angehörigen reicht. Ein vielleicht größenwahnsinniger Anspruch, aber ohne Visionen („Angesichts des Todes“) kann und will ich nicht arbeiten.

Versorgung im Rahmen des §116b, SGBV

Ich will mich in diesem Vortrag darauf konzentrieren, was die Umsetzung der Vorgaben des §116b SGBV für eine PO-Versorgung bedeutet und wie diese in der Praxis realisierbar ist.

Grundlagen

Zu Ihrer Orientierung werde ich im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen erläutern. Es geht um den

- 1) §116b SGB V in der Fassung vom 11.01.2006, zuletzt geändert am 18.04.2007, (s. Anhang
 und der
Konkretisierung zu den onkologischen Erkrankungen in der Anlage 3, vom 17. Januar 2008
 (s. Anhang 2).

Im § 1 wird die gesetzliche Grundlage und der Regelungsgegenstand beschrieben.

Im § 2 werden Vorgaben für die Verträge ausgeführt. Für uns ist der Absatz (1) c) relevant, der sich auf die onkologischen Erkrankungen bezieht:

„(1) Krankenkassen können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Krankenhäusern Verträge

...

c) zur ambulanten Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Anlage 3,

unter Beachtung der jeweils festgelegten Konkretisierungen der Erkrankung und des Behandlungsauftrages abschließen.“

Im Absatz (2) und den weiteren Paragraphen wird Bezug genommen auf die in der Anlage 3 festgelegten sächlichen und personellen Anforderungen, sowie die Überweisungserfordernisse. Diese Anlage 3 wurde dann im 17. Januar 2008 konkretisiert. Im Weiteren beziehen sich meinen Erläuterungen nun auf diese Konkretisierung.

In einer gesonderten Veröffentlichung wurden zu den tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Anlage 3 (Diagnostik und Versorgung von Patientinnen/Patienten mit onkologischen Erkrankungen) (s. Anlage 3) Stellung genommen.

Ich zitiere:

„Ziel des Beschlusses ist daher die Ergänzung der Anlage 3 der Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V um die Konkretisierung des Behandlungsauftrags und der sächlichen sowie personellen Anforderungen. Hierfür wurden vom zuständigen Unterausschuss bzw. der durch ihn eingesetzten Arbeitsgruppe Experten gehört. Die in Anlage 3 niedergelegte Konkretisierung der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, sowie der sächlichen und personellen Anforderungen beziehen die Ergebnisse der Expertenanhörungen mit ein. Sie fokussieren auf die qualitativ hochwertige Behandlung in interdisziplinären Behandlungsteams.

Eine geeignete Einrichtung nach § 116b SGB V muss in der Lage sein, bösartige Tumore multimodal behandeln zu können. Nach mehrheitlicher Meinung der angehörten Experten müssen daher neben der organspezifischen Fachgruppe mindestens die Fachgruppen der Hämatologie-Onkologie sowie der Strahlentherapie zur Verfügung stehen.

Je nach Begleitsymptomatik bzw. -erkrankungen sind weitere Maßnahmen, wie beispielsweise Schmerztherapie, psychologische Beratung u. a. erforderlich.“

Die psychologische Beratung wird in diesem Zusammenhang und wie auch in den weiteren Ausführungen immer wieder explizit genannt. In der konkretisierten Anlage 3 sind zu folgenden Punkten Festlegungen erfolgt die ich im weiten erläutere:

- Behandlungsauftrag
- Prozeduren und zur Strukturqualität bei der Diagnostik und Versorgung
- Struktur- und Prozessqualität, Sächliche und personelle Anforderungen
- Organisation und Infrastruktur
- Sicherung und Darstellung der Ergebnisqualität

Der Behandlungsauftrag ist die

„ambulante Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen unter Angabe von Diagnosen (mit ICD Kodifizierung) mit diagnostischen und therapeutischen Prozeduren. Als Ziele werden genannt: Diagnostik, Staging, Therapieentscheidungen, akute Tumorbehandlung, Verlaufskontrolle, Langzeittherapie, Behandlung von (Therapie-) Komplikationen, Nachsorge, Beratung und Information von Patientinnen und Patienten und Angehörigen, psychosoziale und /oder psychotherapeutische und ggf. palliative Behandlung“.

„Die nachfolgenden Anforderungen im Allgemeinen Teil beziehen sich nur auf die Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten. Bei Kindern und Jugendlichen gelten nur die im speziellen Teil genannten Anforderungen.“

Es wird die ganze Behandlungskette angesprochen und die Angehörigen gehören zum Behandlungsauftrag dazu.

Im allgemeinen Teil zu den diagnostischen und therapeutischen Prozeduren und zur Strukturqualität bei der Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen werden folgende Leistungen aufgeführt:

- *„Anamnese*
- *Körperliche Untersuchung*
- *Punktionen, Biopsien*
- *Tumorstaging*
- *Histologische und Zytologische Diagnostik*
- *Beratung, Behandlungsplanung und Therapiekontrolle*
- *Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen)*
- *Bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)*
- *Elektrokardiographische Untersuchungen*
- *Operative Eingriffe*
- *Wundversorgung*
- *Strahlentherapie*
- *medikamentöse Tumortherapien*
- *Therapie von Komplikationen und Begleiterkrankungen*
- *Transfusionsmedizinische Leistungen*
- *Psychologische Beratung und psychotherapeutische Beratung und Betreuung*
- *Beratung und Betreuung zur sozialen Integration*
- *Rehabilitationsberatung, Einleitung der Rehabilitation*
- *Aufklärung über vorhandene Selbsthilfeangebote*
- *Hilfsmittelberatung und Anleitung im Gebrauch*
- *Risikoadaptierte Nachsorge*
- *Schmerztherapie*
- *Sexualberatung, Familienplanung*

- *Palliative Therapie*

Bei progredientem Krankheitsverlauf, Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können noch weitere Maßnahmen notwendig werden. „

Wichtig ist, dass hier die die psychologische Beratung und psychotherapeutische Beratung und Betreuung explizit genannt ist, neben anderen Themen die unser Arbeitsfeld berühren wie z. B.: Schmerztherapie, Sexualberatung, Familienplanung und palliative Therapie.

Bei den allgemeinen Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität (Sächliche und personelle Anforderungen) wird benannt, welches Krankenhaus diese ambulanten Leistungen erbringen kann:

„Krankenhäuser sind zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V geeignet, sofern sie zur stationären Versorgung dieser Versicherten zugelassen sind und chirurgische Kompetenz der entsprechenden Tumorgruppe (unter „Tumorkonferenz“ im speziellen Teil angegeben) haben. Zur Gewährleistung ...“

Bei den personellen Anforderungen wird gefordert:

„Die Betreuung onkologischer Patientinnen und Patienten erfolgt in einem interdisziplinären Team, das von einem Teammitglied verantwortlich koordiniert wird.

*Im **interdisziplinären Team** des Krankenhauses sind zur ambulanten Betreuung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen mindestens folgende Fachgruppen verfügbar:*

eine Fachärztin oder ein Facharzt für ...“

*„Als **weitere** Fachdisziplinen bzw. Fachärztinnen und Fachärzte sind bei medizinischer Notwendigkeit mit einzubinden, sofern sie nicht bei speziellen Krankheitsbildern zum interdisziplinären Team gehören:*

- *Anästhesiologie (Schmerztherapie)*
- *Nuklearmedizin*
- *Gefäßchirurgie oder Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie*
- *Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie*
- *Neurologie*
- *Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie*
- *Humangenetik*
- *Ärztliche oder psychologische Psychotherapie*
- *Psychiatrie*
- *Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin*
- *Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie*

Diese weiteren Fachdisziplinen können auch durch vertraglich vereinbarte Kooperationen mit externen Leistungserbringern, mit niedergelassenen Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten oder anderen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern eingebunden werden.“

*„Die **Leitung und Koordination** des interdisziplinären Teams hat*

- *eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie*
- *oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Strahlentherapie*
- *oder eine Ärztin oder ein Arzt der im speziellen Teil genannten Fachgruppen“*

Auch hier wird klargestellt, dass die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zum Behandlungsteam dazugehören. Da hier von Psychotherapie gesprochen wird, macht deutlich, dass

die entsprechende Qualifikation und eine gesicherte Indikationsstellung zur PO-Versorgung notwendig ist.

Die Anforderungen an Organisation und Infrastruktur (Sächliche Anforderungen)

fordern die Durchführung einer Tumorkonferenz und für die Überleitung in den anschließenden Sektor:

„dass die oder der überweisende und ggf. weitere mitbehandelnde Vertragsärztin oder Vertragsarzt von der Einrichtung zeitnah schriftlich über die erfolgte Behandlung zu informieren ist. Mit Abschluss der ambulanten Behandlung im Krankenhaus erhalten mitbehandelnde oder mitbehandelnder Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Patientin und Patient oder Angehörige und Angehöriger einen patientenbezogenen Nachsorgeplan, der die notwendigen Aspekte zur Weiterbehandlung oder Betreuung berücksichtigt.“

Die Beteiligung an den Tumorkonferenzen unterstreicht das Mitgestaltungsrecht an der onkologischen Behandlung und der patientenbezogene Nachsorgeplan fordert auch unser Nachsorgemanagement (Katamnesen in Verbund mit weiteren Angeboten der PO-Versorgung).

Und natürlich gibt es eine Verpflichtung zur Dokumentation und Auswertung (Sicherung und Darstellung der Ergebnisqualität) und zu einer an Leitlinien orientierten Behandlung:

„Die Einrichtungen zur ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach 116b SGB V führen eine Dokumentation durch, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht.

Die Einrichtung nach § 116b SGB V soll einem möglichst großen Teil der Patientinnen und Patienten die Teilnahme an nationalen und internationalen klinischen Studien ermöglichen. Notwendig ist hierzu die Kenntnis der laufenden Studien, der jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien, der Studienprotokolle, sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten über eine Studienteilnahme.

Eine Registrierung der Patientinnen und Patienten in Krebsregistern erfolgt entsprechend den Regelungen des jeweiligen Bundeslandes.“

„Verpflichtung zur leitlinienorientierten Behandlung:

Die Behandlung orientiert sich an den besten verfügbaren aktuellen interdisziplinär abgestimmten Leitlinien, die medizinisch-wissenschaftlich anerkannt sind.“

Eine Dokumentation der PO-Versorgung, die diesen Anforderungen gerecht werden will, ist nicht unerheblich (Verlaufsdokumentation, Katamnesen, Berichte) und macht eine entsprechende Infrastruktur im Psycho-Onkologischen Dienst notwendig.

So weit zu den Grundlagen und gesetzlichen Bestimmungen des §116b, SGB V.

Praktische Umsetzung

Im Folgenden werde ich kurz die praktische Umsetzung des Gesetzes auf Länderebene skizzieren.

Die Zulassung der Krankenhäuser erfolgt durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder.

- Die Kliniken stellen ihre Anträge aus den Fachabteilungen heraus (z.B. Gynäkologie) in denen sie die Anforderungen erfüllen (Fallzahlen).
- Die Prüfung und Bewilligung findet durch das jeweilige Sozialministerium des Landes statt.

Die organisatorische Abwicklung und Abrechnung der erbrachten ambulanten Leistungen erfolgt auf der Grundlage:

- Die jeweilige Bewilligung wird für die bestimmte Fachabteilung (z.B. Gynäkologie) ausgesprochen.
Die onkologische Diagnose und die Fallzahlen sind die entscheidenden und steuernden Kriterien.
- Die jeweils ermächtigte Klinik ist der Partner der Kassen (GKV). Die Fachabteilung rechnet ihre Leistungen Patientenbezogen direkt mit den jeweiligen Kassen ab.
- Der Überweisungsschein (vom Haus- oder Facharzt) ist die Grundlage der Abrechnung.
- Leistungen die für den jeweiligen Patienten von andern Abteilungen/Diensten erbracht wurden, werden über die zuständige Fachabteilung abgewickelt.

Dazu in Konkretisierung der Onkologischen Erkrankungen in Anlage 3:

„Überweisungserfordernis:

Bei Erstzuweisung besteht ein Überweisungserfordernis durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt (im Ausnahmefall im stationären Bereich als Konsil oder hausinterne Überweisung).“

„Da sich der besondere Verlauf der onkologischen Erkrankung oft auf eine bestimmte Krankheitsphase mit häufigem Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beschränkt, ist eine erneute Überweisung nach Ablauf von drei Jahren erforderlich.“

Wichtig zu beachten ist, dass diese Vorgabe festlegt, dass nur Patienten mit einer gesicherten onkologischen Diagnose in die ambulante Versorgung eingebunden werden können. Alle anderen nicht. Damit wird zwar die Tür für die Abrechnung für ambulante PO-Versorgung geöffnet, aber auch nicht für alle Patienten. D. h. auch die Angehörigen können nur in sehr begrenztem Maße mitversorgt werden. (Dass wird in den Fallbeispielen weiter unten näher erläutert.)

Alle ambulanten Leistungen, die im Rahmen der Behandlung der jeweiligen onkologischen Diagnose auf der Grundlage des Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (s. Anlage 4) erbracht werden, können in Rechnung gestellt werden. Auf der Grundlage, das weitere Fachdisziplinen einzubinden sind und die psychologische Beratung und psychotherapeutische Beratung und Betreuung explizit genannt wurde (s.o.) ist auch der Psycho-Onkologische Dienst mit seinen Leistungen erfasst. Die Bezugnahme auf die Psychotherapie gibt allerdings auch vor, welche Leistungen überhaupt abgerechnet werden können und fordert die Voraussetzung, dass ein psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut zum Team gehört. Im EBM sind die ambulanten psychotherapeutischen Beratungen und Therapien im Einzelnen beschrieben, mit Ziffern belegt und einer Punktezahle zugeordnet. Aufgrund eines jeden Quartals neu festgelegten Punktwertes, wird der konkrete Preis jeder Leistung bestimmt. Diese Leistungsentgelte werden dann über die jeweilige Fachabteilung quartalsweise den Kassen in Rechnung gestellt (s.o.).

In folgenden Beispiele von Leistungen PO-Versorgung, wie sie von uns im ersten Quartal 2009 erbracht und abgerechnet wurden. Erstmal in der Übersicht die Gruppierung der EBM Leistungen

Tabelle 1

EBM-Leistung	Ziffern	Punktwert	Vergütung	Bemerkung
pauschale Leistungen (jedes Quartal möglich)				
- Testverfahren standardisiert	35300	80	2,80 €	
- Grundpauschale (z.B. 6. – 59. Lebensjahr)	23211	340	11,90 €	
Leistungen <u>ohne</u> ICD-Diagnose				
- psychoth. Gespräch Anleitung der Bezugsperson	23220	305	10,68 €	alle 10 Min, max.150 Min, pro Quartal
- biografische Anamnese	35140	1395	48,83 €	
- PMR, einzel	35111	573	22,93 €	
Leistungen <u>mit</u> ICD-Diagnose				
- probatorische Sitzungen, min 50 Min	35150	1755	61,43 €	
antragspflichtige Leistung				
- VT einzel, min 50 Min	35220	2315	81,03 €	

Dies ist nur einen Auswahl der häufig zum Einsatz kommenden Leistungen im Rahmen einer PO-Versorgung.

Im EBM wird auch unterteilt nach antragsfreien und antragspflichtigen Leistungen (Ziffern 35200 - 35222). Zum aktuellen Stand ist nicht abschließend geklärt, wie und in welchem Umfang diese Anforderung erfüllt werden soll. Es wäre möglich über ein verkürztes Antragsverfahren, wie bei den niedergelassenen Psychotherapeuten, dieser Anforderung genüge zu tun.

Versorgungsentwicklung des POD HSK (§ 116b)

Der psycho-Onkologische Dienst (POD) hat schon in Jahr 2007 zusammen mit dem zuständigen Kollegen im Vertragsmanagement der Geschäftsführung HSK, die Einbeziehung des POD bei der Antragstellung zum §116b, SGB V sichergestellt. Somit konnten wir mit der Bewilligung für die HSK im April 2008 in die ambulante Versorgung einsteigen. Nach den üblichen Anlaufmühen haben wir in 2008 das dritte und vierte Quartal abgerechnet.

In der Praxis sieht das wie folgt aus.

Einrichtung der Infrastruktur:

Als erstes galt es die Infrastruktur des POD entsprechend aufzubauen. Das bedeutete zum einen neue Rechner, die den Anforderungen der Dokumentation gerecht werden können (z. B. Tastaturen die die Versicherungskarten lesen können, Drucker die Mehrfachformulare bedrucken können). Dann war es notwendig Formulare und Tabellen zu entwickeln in denen jeder Kollege bedienerfreundlich seine jeweiligen Leistungen, aber auch zusammengeführt für den gesamten POD, erfassen kann.

Öffentlichkeitsarbeit

Damit das neue Leistungsangebot des POD auch wahrgenommen werden konnte wurde eine Informationskarte gedruckt und innerhalb wie außerhalb der HSK (Versandt an Praxen, SHG, Infomation der Ambulanzen im Hause, u. ä.) verteilt.

Dokumentation

Für die Dokumentation dient uns die *Pat Doc* des *Case Managements Psychoonkologie* (IGV, Bochum, PD Dr. M. Kusch) (s. Anlage 5). Sie bietet uns die Möglichkeit vom Screening über die Versorgung bis zur Einjahreskatamnese alle relevanten Daten zentral zu sammeln und über spezifische Berichte uns und außenstehenden jeweils eine Orientierung zu verschaffen (Leistungs- und Qualitätsberichte). Die Abrechnungsrelevanten Daten (Art und Frequenz) werden gesondert im hausinternen SAP-System erfasst und der zentralen Abrechnungsstelle der Klinik mit den Kassen zugeführt. Die Abrechnung erfolgt quartalsweise. Der Anteil des Erlöses, der durch die POD Leistungen erwirtschaftet wurde, wird der Kostenstelle des POD zugeordnet.

Sie merken, das ist ein nicht unerheblicher Aufwand.

Versorgungsalltag des POD:

Die Patienten kommen zu uns (Zuweisung des Patienten):

- über den Haus- oder Facharzt
- über den Kollegen aus der Klinik-Ambulanz
- über den Patienten selbst
- über die Vermittlung durch den Angehörigen
- durch uns selbst, aus der stationären PO-Versorgung heraus

Der Patient bringt zum Erstkontakt eine Überweisung mit oder es liegt von ihm in der jeweiligen Fachabteilung bereits eine Überweisung für Leistungen im Rahmen §116b vor. Nochmal zur Erinnerung, eine Überweisung hat eine Gültigkeit von drei Jahren.

Die beratenden und psychotherapeutischen Leistungen werden von einzelnen Teammitgliedern des POD erbracht und in der Rohfassung selber dokumentiert. Im weiteren dann von der Sekretärin vollständig in die *Pat Doc* eingebracht. Die abrechnungsrelevanten Leistungen werden auch von der Sekretärin, spätestens zum Quartalsende in das SAP der HSK eingegeben. Bei Patienten die ihren Überweisungsschein in den jeweiligen Fachabteilungen haben werden die Leistungen dort zugeordnet. Es gibt aber auch Patienten die Ihren Schein nur bei uns abgeben, z. B. die nicht in der HSK medizinische Behandelt werden.

Um das neue Feld der ambulanten PO-Versorgung zu bedienen wurde für den Übergang wurde die Versorgung im stationären Bereich zurückgenommen (schärfere Selektion der Kliniken die wirklich kooperieren wollen, weniger Liaisondienste, mehr Konsile). Die ambulanten Beratungen/Therapien finden in den Räumen des POD statt (Büros, Gruppenraum).

Im Folgenden Fallbeispiele aus dem ersten Quartal 2009:

Fall A

Tabelle 2

Prostata CA, aktuelle Diagnose, Zuweisung über die Ehefrau ICD: F43.0, OPS: 1-902.0, 9-401.10, 9-410.05		
Leistungen	EBM Ziffer	Erlöse
Screening	35300	2,80 €
Grundpauschale	23211	11,90 €
ein Paargespräch á 60 Min	23220 x 6	64,08 €
drei Einzeltherapien, als probatorische Sitzungen, min 50 Min	35150 x 3	184,29 €
Arbeitszeit in Min: insg. 270		263,07 €
Screening: 1 x 20		Summe:
Therapie: 1 x 60, 3 x 50,		
Dokumentation: 4 x 10		
Stundenlohn: 58,20 €		

Fall B

Tabelle 3

Ovar CA, Diagnose vor einem Jahr, Rezidiv, Zuweisung Patientin ICD: F43.2, OPS: 1-902.0, 9-410.06, 9-401.11		
Leistungen	EBM Ziffern	Erlöse
Screening	35300	2,80 €
Grundpauschale	23211	11,90 €
biografische Anamnese	35140	48,83 €
fünf probatorische Kontakte, min 50 Min	35150 x 5	307,15 €
drei Einzeltherapien, VT min 50 Min	35220 x 3	243,09 €
zwei Paargespräch á 70 Min	23220 x 14	149,52 €
Hausbesuch	01410	15,40 €
Arbeitszeit in Min: insg. 820		778,69 €
Screening: 1 x 20		Summe
Therapie: 9 x 50, 2 x 70		
Hausbesuch: 90		
Dokumentation: 12 x 10		
Stundenlohn: 57,00 €		

Budgetrelevantes für den POD, Statistiken und Finanzen,

Wie schon ausgeführt, fließen die Erlöse, die durch die Leistungen des POD erbracht wurden, direkt auf die Kostenstelle des POD. D. h., dass die Kollegen, die noch keine eigene Kostenstelle haben, sollten sich diese einrichten lassen. Damit ergeben sich eigenständige Einnahmen die wiederum investiert werden können. Auf der Grundlage unserer bisherigen Erfahrungen lassen sich pro Quartal ca. 10 tsd. Euro als Erlöse realisieren.

I Quartal 2009

Insgesamt wurden 68 Patienten versorgt. Im Durchschnitt wurden 8,5 Leistungen pro Patient erbracht. Der durchschnittliche Erlöse lag bei 152,- € pro Patient. Das ergibt einen Gesamterlös für das Quartal von ca. 10 tsd. Euro entsprechend ca. 40 tsd. Euro im Jahr.

Dem gegenüber steht folgender Aufwand (68 Patienten / 574 Leistungen):

Tabelle 4

Die Leistungen verteilen sich:			Arbeitszeit	
Leistung	Anteil	Anzahl	ca. in Min	
Grundpauschalen á 5 Min	ca. 30 %	ca. 152	760	
Kurzberatungen á 10 Min	ca. 50 %	ca. 298	2980	
Beratungs- und Therapiesitzungen á 50 Min	ca. 20 %	ca. 124	6200	
		ca. 422	4220	Dokumentation zu den kurzen und langen Beratungen, á 10 Min
			14.160 Min	
im Quartal ca.			236 Std	
im Monat ca.			79 Std	
in der Woche ca.			20 Std	

Das entspricht ca. einer halben Stelle (0,5 VK, 19,25 Std/ Wo)

Die Kosten für eine halbe Stelle Psychoonkologie (PPT, TVöD E13, 0,5 VK) belaufen sich auf ca. 35 tsd. Euro an Bruttopersonalkosten pro Jahr. Damit decken die Erlöse die Personalkosten.

Die Gegenüberstellung der Erlöse und des Personalaufwandes zeigt, dass die Kosten, wenn auch knapp, ausgeglichen werde. Auf dem Hintergrund einer Refinanzierung der PO-Versorgung ist dies ein wichtiger erster Schritt. Es erleichtert die Verhandlungen mit den Verwaltungen der Kliniken. Da bei den Organzentren eine PO-Versorgung gefordert ist es eine zusätzliche Einnahme. Damit ist keine komplette Refinanzierung einer PO-Versorgung an einer Klinik zu gewährleisten. Aber doch eine Entlastung des Klinikbudgets zu erreichen.

Fazit:

Die ambulante PO-Versorgung im Rahmen des § 116b eröffnet zum ersten Mal eine reguläre Refinanzierung unserer ambulanten Leistungen (Beratung und Therapie). Allerdings ist der logistische und verwaltungstechnische Aufwand nicht zu unterschätzen. Wenn Kollegen in ihrer Klinik diese PO-Versorgung einführen wollen müssen sie zuerst klären, ob ihr Haus die Zulassung im Rahmen des § 116b beantragt hat und für welche Fachabteilungen. Im Weiteren muss dann die Verwaltung darauf hingewiesen werden, dass auch die PO-Versorgung in diesem Kontext abrechenbar ist. Dazu muss im hausinternen Dokumentationssystem die entsprechenden EBM Leistungen auch hinterlegt werden und für den Psychoonkologen muss eine Lösung gefunden werden seinen erbrachten Leistungen zu dokumentieren. Im Weiteren sollte eine Kostenstelle „Psychoonkologie“ eingerichtet werden.

Wenn es gelingt diese Hürden zu nehmen, lässt sich, ergänzend zu der stationären Versorgung, die ambulante PO-Versorgung vorher und vor allem in der Nachsorge für die Patienten mit einer gesicherten Krebsdiagnose gewährleisten. Die Erlöse decken knapp die Personalkosten.

Autor:

Dipl.-Psych. Alf von Kries, Psycho-Onkologischer Dienst (POD), HSK, Dr. Horst Schmidt Klinik GmbH, Wiesbaden, 0611-43-3200, pod@hsk-wiesbaden.de/psyonk.htm, 11.06.09

Anlagen

1)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

in der Fassung vom 18.10.2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger Jahrgang 58, 11.01.2006, Seite 88, zuletzt geändert am 18.01.2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger Jahrgang 59, 18.04.2007, Seiten 4002 und 4003

Inhalt

§ 1 Gesetzliche Grundlage und Regelungsgegenstand	3
§ 2 Vorgaben für Verträge	3
§ 3 Qualitätssicherung	3
§ 4 Überweisungserfordernis	4
§ 5 Mindestinhalte der Verträge nach § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V	4
§ 6 In-Kraft-Treten	5
Anlage 1	6
Anlage 2	7
Anlage 3	11

http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0511602

2)

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

zur Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V:

Konkretisierung der Onkologischen Erkrankungen in Anlage 3 vom 17. Januar 2008

http://www.g-ba.de/downloads/39-261-594/2008-01-17-116b_Onko_BAnz.pdf

3)

Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

zur Anlage 3 der Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V

Diagnostik und Versorgung von Patientinnen/Patienten mit onkologischen Erkrankungen

17. Januar 2008

http://www.g-ba.de/downloads/40-268-525/2008-01-17-116b_Onko_TrG.pdf

4)

Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), vom 01.04.09, Auszug für den Bereich Psychotherapie

<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=4b78d097b71ac578baca533b8d4c7cb7&DocId=003751357&Page=1>

5)

IGV - Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung gGmbH, An-Institut der Ruhr-Universität Bochum, GA 6 137-138, Universitätsstr. 150, 44801 Bochum, Tel.: 0234/3211957

Mail: [info\(at\)igv-bochum.de](mailto:info(at)igv-bochum.de), PD Dr. Michael Kusch, www.igv-bochum.de, zum Versorgungskonzept s.:

http://www.igv-bochum.de/fileadmin/user_upload/CMP-Historie/CMP_Versorgungskonzept.pdf

Case Management Psychoonkologie-Modell s. <http://www.igv-bochum.de/cmp-modell.html>

Anhang: (weitere Informationen und Hinweise)

Eine Stellungnahme der AOK:

http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/amb_behandlung/amb_leistungen/index.html#herz

Onkologische Erkrankungen

Im 17. Januar hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Konkretisierung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus für die onkologischen Erkrankungen beschlossen. Die Zustimmung des BMG vorausgesetzt, macht die Umsetzung des § 116b SGB V damit einen erheblichen Schritt nach vorn. Mindestens 1,2 Millionen Versicherte leiden unter onkologischen Erkrankungen und könnten diese Behandlung in Anspruch nehmen. Nach langwierigen Diskussionen konnten die Krankenkassen und die Patientenvertreter die geforderten Qualitätskriterien und Mindestmengen mehrheitlich durchsetzen:

Die Krankenhäuser müssen über krebs-chirurgische, strahlentherapeutische und hämato-onkologische Fachärztinnen oder Fachärzte für die jeweiligen Tumore sowie über weitere Angebote wie Psycho-Onkologie und Sozialdienste verfügen. Komplexe Behandlungen werden in Tumorkonferenzen abgestimmt. Der Erstzugang erfolgt durch vertragsärztliche Überweisung (kein Facharztfilter). Die Zulassung der Krankenhäuser erfolgt durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder.