

EBM 2015

## Psychosomatische Grundversorgung: Achten Sie auf die Abrechnungsvoraussetzungen!

Die Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den EBM-Nrn. 35100 und 35110 ist immer wieder Gegenstand von Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen. Häufig erfolgen Beanstandungen und Streichungen, weil die geforderten Leistungsinhalte nicht erbracht bzw. nicht dokumentiert wurden. Im Beitrag geben wir Hinweise zur ordnungsgemäßen Abrechnung und Dokumentation. |

### Die Indikationen (Diagnosen)

Die Indikationen zur Anwendung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind abschließend in § 22 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinien genannt. Diese sind

- Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie,
- Angststörungen und Zwangsstörungen,
- Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen),
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen,
- Essstörungen,
- Nichtorganische Schlafstörungen,
- Sexuelle Funktionsstörungen,
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Die entsprechenden ICD-10-Diagnosen finden sich im Kapitel V (F31 bis F39, F40 bis F48, F50 bis F59, F60 bis F69, F90 bis F98, F99).

**PRAXISHINWEIS** | Achten Sie darauf, dass bei der Abrechnung eine entsprechende ICD-10-Diagnose angegeben ist. Einige KVen streichen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung den Ansatz der EBM-Nrn. 35100 und 35110, wenn eine solche Diagnose auf dem Abrechnungsschein fehlt. Neben der psychosomatischen Diagnose ist unbedingt auch die somatische Erkrankung zu kodieren.

### Verdachts- und Ausschluss-Diagnostik

Die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände nach EBM-Nr. 35100 kann auch im Rahmen einer Ausschlussdiagnostik (Zusatzkennzeichen „A“) bzw. Verdachtsdiagnostik (Zusatzkennzeichen „V“) abgerechnet werden. Demgegenüber setzt die Abrechnung der verbalen Intervention nach EBM-Nr. 35110 eine gesicherte Diagnose mit dem Zusatzkennzeichen „G“ voraus. Dies ergibt sich daraus, dass nach der Leistungslegende ein solches Gespräch nur bei Vorliegen psychosomatischer Krankheitszustände abgerechnet werden kann.

Die Indikationen  
gemäß § 22 Abs. 1  
der Psychotherapie-  
Richtlinien

Zusatzkennzeichen  
nicht vergessen

Jede einzelne Leistung ist zu dokumentieren

## Die Dokumentation

Die alleinige Angabe einer abrechnungsberechtigten Diagnose auf dem Behandlungsschein reicht nicht aus. Nach § 12 der Psychotherapie-Richtlinien erfordert die Durchführung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen, und zwar bei Mehrfachabrechnung für jede einzelne Leistung.

Zudem ist für die Abrechnung der EBM-Nr. 35100 ausdrücklich ein schriftlicher Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge zwischen psychischer und somatischer Erkrankung erforderlich.

### ■ Beispiel

Bei einem Patienten mit chronischem Magenleiden und psychosomatischen Beschwerden müssen die Auswirkungen der Gastritis auf die Psyche oder umgekehrt zumindest stichwortartig festgehalten werden.

IHR PLUS IM NETZ



[www.baek.de](http://www.baek.de)

**Hinweis |** Das von der Bundesärztekammer herausgegebene „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ enthält im Anhang u.a. eine Basisdokumentation für die psychosomatische Grundversorgung. Sie finden diese auf der Homepage der Bundesärztekammer unter [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Currpsych.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Currpsych.pdf).

EBM-Nr. 35110 bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig

## Zeitvorgaben

Die Mindestdauer für die Berechnung der EBM-Nrn. 35100 und 35110 beträgt 15 Minuten. Auch wenn die differentialdiagnostische Klärung oder die verbale Intervention deutlich länger dauert, sind diese Gebührenpositionen nur einmal berechnungsfähig. **Ausnahme:** Da es bei derartigen Krankheitsbildern unabhängig voneinander zu mehreren Inanspruchnahmen an einem Tag kommen kann, ist die verbale Intervention nach EBM-Nr. 35110 bis zu dreimal an einem Tag berechnungsfähig. Die jeweilige Uhrzeit ist in diesem Fall anzugeben.

Längere Gespräche können alternativ mit der EBM-Nr. 03230 für das hausärztliche Gespräch abgerechnet werden, wenn das Gesprächsbudget nicht ausgeschöpft wird:

- Das hausärztliche Gespräch von 30 Minuten Dauer ist beispielsweise mit 27,72 Euro bewertet (3x 9,24 Euro),
- während für die verbale Intervention lediglich 15,61 Euro berechnet werden können.

Exakter Zeitaufwand ist nicht zu dokumentieren

Der exakte Zeitaufwand selbst ist nicht gesondert in den Behandlungsunterlagen zu dokumentieren. Insbesondere muss nicht angegeben werden, zu welcher Uhrzeit (von wann bis wann) die Leistung erbracht wurde. Mit der Abrechnung der EBM-Nr. 35100 bzw. 35110 gewährleistet der Arzt, dass die Leistungserbringung mindestens 15 Minuten in Anspruch genommen hat.