

Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen

- als ärztlicher Psychotherapeut
- als Psychologischer Psychotherapeut
- als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



Teil I – Praxisführung	4
Altersgrenze für Vertragsärzte/-psychotherapeuten.....	4
Approbation	4
Arztregistereintrag	4
Aus- und Weiterbildung.....	5
Bedarfsplanung.....	6
Berufsgenossenschaft.....	7
Fördermöglichkeiten	7
Fortbildungsverpflichtung	7
Kammern für Heilberufe in Bayern	8
Kassenzulassung.....	8
Praxisabgabe	15
Qualitätsmanagement (QM) in der Psychotherapie.....	15
Vermittlung an Psychotherapeuten	16
Verordnungen durch Psychotherapeuten	17
Teil II – Spezielle Psychotherapieregungen	18
Psychotherapie-Richtlinie und -vereinbarung.....	18
Psychotherapie-Vordrucke	19
Teil III.a – Abrechnung von A bis Z	21
Teil III.a – Abrechnung von A bis Z	21
Teil III.b – Psychotherapeutische Leistungserbringer: EBM-Kapitelzuordnung.....	51
Teil III.c – Abrechnungsstrukturen des EBM für psychotherapeutische Leistungen.....	52
Teil IV – Neuropsychologische Therapie gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“	73
Teil V – Sonstige Kostenträger	76
Besondere Kostenträger	76
Asylbewerber/Flüchtlinge.....	76
Versorgung von Soldaten der Bundeswehr.....	76
Vereinbarung zur Versorgung von besonderen Sozialhilfeempfänger.....	78
Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger	78
Teil VI – Alternative Versorgungsformen	79
Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV).....	79
Praxisnetze	79
KSVPsych-RL: Vergütung zum 1. Oktober 2022 beschlossen.....	79
Disease-Management-Programme (DMP)	79
Anhang Neuniederlassung	80
Information und Beratung	82

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

der vorliegende „Wegweiser Psychotherapie“ hat sich seit vielen Jahren als zuverlässige Hilfestellung für den Praxisalltag in der Psychotherapie bewährt. Er beinhaltet aber auch wertvolle Informationen für ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die für Patientinnen und Patienten psychotherapeutische Behandlungen veranlassen möchten, wie auch für die Patienten selbst. Wir haben die Broschüre zum 1. Februar 2023 überarbeitet.

Ganz aktuell hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mitgeteilt, dass probatorische Sitzungen, die bei stationären Patienten bereits während der Krankenhausbehandlung im Hinblick auf eine nachfolgende Psychotherapie durchgeführt werden, bereits frühzeitig in der eigenen vertragsärztlichen Praxis – soweit es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt – durchgeführt werden können.

Auch ist die Komplex-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zwischenzeitlich in Kraft getreten, in der die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) geregelt ist und die neben anderen Berufsgruppen der sprechenden Medizin auch den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein neues Betätigungsfeld bietet.

Betreffend die Reform der Psychotherapeutenausbildung halten wir weiterhin an der bestehenden (Übergangs-)Regelung fest, nachdem noch keine Abschlüsse nach den neuen Regelungen erfolgt sind.

Patientinnen und Patienten können auf Veranlassung von Haus- und Fachärzten oder aus eigener Initiative den Zugang zu einer Psychotherapie finden. Unterstützung bei der Vermittlung eines Ersttermins bietet ihnen hierbei die Terminservicestelle (TSS), während die Koordinationsstelle Psychotherapie für Adressen von Psychotherapeuten mit freien Therapieplätzen kontaktiert werden kann.

Gerne möchte ich Sie ermutigen, sich bei allen Fragen rund um Abrechnung, Praxisführung und weitere KV-Themen direkt an die kompetenten Beraterinnen und Berater der KVB zu wenden. Deren Kontaktdaten finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/beratung unter „Ihr Kontakt vor Ort“. Bitte stimmen Sie für persönliche Beratungsgespräche einen Termin in Ihrem Beratungszentrum ab, damit unsere Berater sich genug Zeit für Sie nehmen können.

Informationen und Umsetzungshinweise für den Praxisalltag im Bereich Psychotherapie finden Sie ebenfalls unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychotherapie. Zur Umsetzung der Telematikinfrastruktur haben wir einen kurzen Abschnitt aufgenommen, ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/telematikinfrastruktur.

Mir persönlich ist der Dialog und Austausch gerade mit den psychotherapeutisch tätigen Mitgliedern der KVB – also den ärztlichen wie auch Psychologischen Psychotherapeuten sowie den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – auch weiterhin sehr wichtig. So kann ich erfahren, welche Anliegen, Kritikpunkte oder Sorgen Sie bewegen. Zögern Sie deshalb nicht, mir Lob, konstruktive Kritik und Anregungen zu übermitteln – am besten per E-Mail an vorstand@kvb.de. Ich verspreche Ihnen, dass jede Mail nicht nur gelesen, sondern auch beantwortet wird, und hoffe, dass der aktualisierte „Wegweiser Psychotherapie“ für Sie wieder eine wertvolle Orientierungshilfe bietet.

Freundliche Grüße



Dr. Claudia Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

Altersgrenze für Vertragsärzte/-psychotherapeuten

Weder für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit noch für die Zulassung/Anstellung gibt es derzeit Altersbeschränkungen.

Approbation

Für **Ärzte** richtet sich die Approbation nach § 3 Bundesärzteordnung.

Für die Approbation zum **Psychologischen Psychotherapeuten** beziehungsweise zum **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** gelten seit 1. Januar 1999 die Regelungen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG).

Das PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung legte fest, dass zur Erlangung der Approbation nach einem Studium (in der Regel Psychologie für Psychotherapeuten beziehungsweise Sozial-/Pädagogik für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) eine regelhaft dreijährige Ausbildung absolviert und danach eine staatliche Prüfung bestanden werden muss.

Durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 wurde das PsychThG mit Wirkung zum 1. September 2020 geändert. Der Weg zu einer Approbation als Psychotherapeut sowie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut führt nunmehr über ein spezielles, regelhaft fünfjähriges Hochschulstudium und einer abschließenden staatlichen psychotherapeutischen Prüfung. Daran schließt sich eine Weiterbildung in Berufstätigkeit zum Fachpsychotherapeuten (mit Spezialisierung in den Gebieten „Erwachsene“, „Kinder und Jugendliche“ oder „Neuropsychologische Psychotherapie“) an.

Für einen Übergangszeitraum ist auch noch eine Ausbildung beziehungsweise der Abschluss einer bereits begonnenen Ausbildung nach den alten Regelungen zum Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich.

Da approbierte Psychotherapeuten nach den ab dem 1. September 2020 geltenden PsychThG-Regelungen vorerst noch nicht zur Verfügung stehen werden, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen auf die nach den bis zum 31. August 2020 geltenden PsychThG-Regelungen ausgebildeten und appro-

bierten Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Arztregistereintrag

Antrag auf Eintragung ins Arztregister als Vertragsarzt beziehungsweise als Psychologischer Psychotherapeut und/oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Eine wesentliche formelle Voraussetzung für eine Kassenzulassung ist die Arztregistereintragung. Sie ist bei der **Kassenärztlichen Vereinigung** zu beantragen, in deren Zulassungsbezirk sich der Wohnort befindet. Erfolgt die Niederlassung außerhalb dieses Zulassungsbezirks, wird der Arztregistereintrag in das für den Vertragsarztsitz zuständige Arztregister von Amts wegen umgeschrieben.

Ärzte:

Folgende Unterlagen müssen dem Antrag **im Original** beigelegt werden:

1. Geburtsurkunde, gegebenenfalls Heiratsurkunde
2. Approbationsurkunde
3. gegebenenfalls Urkunde über medizinische Promotion oder weitere Titel
4. Anerkennung für eine bestimmte Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung, fakultative Weiterbildungsnachweise und Fachkunden nach der Weiterbildungsordnung
5. Bescheinigungen beziehungsweise Zeugnisse der bisherigen Tätigkeiten als Arzt seit dem Staatsexamen, einschließlich Bestätigung über derzeitige ärztliche Tätigkeit
6. Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer.

Bei Antragstellung ist eine **Gebühr von 100,- Euro** zu entrichten (§ 46 Absatz Ärzte-ZV). Die Arztregistereintragung sichert den Facharztstandard in der vertragsärztlichen Versorgung.

Wichtige Informationen zu diesem Thema finden Sie in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und in den einschlägigen Bestimmungen des 5. Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung (§§ 95a und 95c SGB V).

Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Für die Behandlung von GKV-Versicherten muss [eine Approbation in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach §§ 15 bis 18 der Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Behandlungsverfahren](#) vorliegen.

Maßgeblich für die Ausbildung ist die [Ausbildungs- und Prüfungsverordnung](#) für Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Ausbildung umfasst insgesamt 4.200 Stunden, vertieft in einem der vier sozialrechtlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie (bei Erwachsenen)

Dem formellen Antrag [im Original sind](#) folgende Unterlagen in der angegebenen [Sortierung](#) beizufügen:

1. Geburtsurkunde, gegebenenfalls Heiratsurkunde
2. Urkunde über das Diplom als Psychologe/Pädagoge/ Sozialpädagoge
3. Approbationsurkunde
4. gegebenenfalls Promotionsurkunde
5. Nachweise über alle Ihre psychotherapeutischen Tätigkeiten seit dem Studienabschluss (siehe Anlage 1 des Antrags)
6. Bescheinigungen und sonstige Unterlagen zum Nachweis der Fachkunde (soweit nicht bereits in der Approbation bescheinigt):
 - a) Praxis
 - b) Supervision
 - c) Theorie

Bei Antragstellung ist eine [Gebühr von 100,- Euro](#) zu entrichten (§ 46 Absatz Ärzte-ZV).

Die Voraussetzungen für den Eintrag von Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das Arztregister sind die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 oder § 12 des PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung und der Fachkundenachweis.

Den Antrag auf Eintragung im Arztregister finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formular-service unter *Buchstabe „A“/Arztregistereintrag*.

Aus- und Weiterbildung

Die Weiterbildung von ärztlichen Psychotherapeuten richtet sich nach den Weiterbildungsordnungen (WBO) der Kammern. In Bayern finden Sie weiterbildungsbefugte Ärzte unter www.blaek.de in der Rubrik Weiterbildung.

Die staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden Sie unter www.saap-bayern.de.

Die KVB bietet als Service eine kostenfreie Online-Börse für Praxis- und Stellenvermittlungen. In dieser Börse sind Ausbildungsstellen für angehende Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gelistet. Angehende ärztliche Psychotherapeuten können hier ebenso nach einer Weiterbildungsstelle suchen.

Die KVB-Börse finden Sie im Internet unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/kvb-boerse

Weitere Informationen rund um die Aus- und Weiterbildung stehen unter www.kvb.de/Kuenftige/Zulassung-DS/KVB-Merkblatt-Weiterbildungsassistent.pdf bereit.

Ausbildungskandidaten (Psychotherapieausbildung)

Unterscheidungsmerkmale

Praktische Ausbildung – Praktische Tätigkeit:

Die [praktische Ausbildung](#) führen Ausbildungsteilnehmer in Ausbildungsinstituten in eigenen [Patientenbehandlungen](#) unter Supervision durch.

Das heißt, in der praktischen Ausbildung führt der Ausbildungskandidat die Psychotherapiesitzung eigenständig durch. Die durchgeführten Stunden werden über das ermächtigte Ausbildungsinstitut direkt mit der Krankenkasse abgerechnet.

Die [praktische Tätigkeit](#) der Psychotherapieausbildung kann unter anderem in der Praxis eines zugelassenen Psychotherapeuten stattfinden.

Voraussetzung

- Vom Ausbilder wurde eine Anstellungsgenehmigung für einen Ausbildungskandidaten beantragt.

Durchführung der Psychotherapiesitzungen

- Die Sitzung führt grundsätzlich der Ausbilder in eigener Person durch.
- Der Ausbildungskandidat selbst erbringt keine eigenständigen Leistungen, sondern wird nur unter **Anleitung und in Verantwortung** des Ausbilders tätig.

Beispiel:

Grundsätzlich ist die Durchführung und Auswertung von Testverfahren (GOP 35600 ff.) delegierbar. Hilfeleistungen von Nicht-Psychotherapeuten sind nach dem Bundesmantelvertrag (§ 14 BMV-A) persönliche Leistungen des Psychotherapeuten, wenn diese Leistungen angeordnet und fachlich überwacht werden und der Ausbildungskandidat dafür qualifiziert ist. Bei den Testverfahren ist die Überwachung dann gesichert, wenn der Ausbilder in der Nähe, das heißt in der Praxis ist, um gegebenenfalls eingreifen beziehungsweise Hilfe anbieten zu können.

- Die unter Anleitung erbrachten Leistungen werden Ausbildern angerechnet und stellen letztendlich Leistungen des Ausbilders dar.
- Es ist in der praktischen Tätigkeit nicht zulässig, dass der Ausbildungskandidat (-assistent) selbstständig und ohne jede Anleitung und Aufsicht tätig wird.
- Durch die Kennzeichnung der Leistungen mit der LANR des Ausbilders kommt die persönliche Leistungserbringung zum Ausdruck.
- Leistungen eines Ausbildungskandidaten, die ohne Anleitung und Aufsicht erbracht werden, können nicht dem Ausbilder zugerechnet werden. **Fazit:** Sie dürfen nicht unter dessen LANR abgerechnet werden.
- Die Anträge auf Genehmigung eines Weiterbildungsassistenten beziehungsweise Psychologischen Ausbildungsassistenten finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „A“/Anstellung Assistent*.

Bedarfsplanung

Psychotherapeuten sind in der Bedarfsplanung der Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet. Damit ist der Planungsbereich für Psychotherapeuten die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion.

Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 101 Absatz 4 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind. Für die bedarfsplanerische Bemessung des psychotherapeutischen Leistungsanteils wird bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten ein Faktor von 0,7 zugrunde gelegt. Die Tätigkeit als zugelassener überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird; dort wird er dann mit dem Faktor 0,3 angerechnet.

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie sieht vor, dass

- die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte mit einem Versorgungsanteil von mindestens 25 Prozent – davon Psychosomatiker mit einem Anteil von 50 Prozent – sowie
- die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, mit einem Mindestanteil von 20 Prozent berücksichtigt werden. Dies sind ausschließlich für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht berechtigt sind, Personen, deren Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat, zu Lasten der GKV zu behandeln, sowie Ärzte und Psychotherapeuten, deren psychotherapeutische Leistungen, die bei Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. erreichen beziehungsweise überschreiten.

Durch den G-BA kann eine bedarfsgerechte Anpassung der Mindestversorgungsanteile erfolgen. Weitere Einzelheiten sind in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA aufgeführt.

Einen ersten Überblick über die aktuelle Versorgungssituation für die bedarfsplanerische Arztgruppe der Psychotherapeuten können Sie sich in unserer Niederlassungssuche verschaffen unter www.kvb.de/kuenftige-mitglieder/praxisstart unter *Freie Arztstze/Niederlassungssuche/Allgemeine fachärztliche Versorgung*.

Berufsgenossenschaft

Die in der Praxis **angestellten Mitarbeiter sind** in der gesetzlichen Unfallversicherung pflichtversichert. Zuständig ist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW):

Hausanschrift:

BGW Hauptverwaltung
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg
Telefon 0 40 / 2 02 07 – 0
Fax 0 40 / 2 02 07 – 5 25

Postanschrift:

Postfach 76 02 24
22052 Hamburg

Bei einem Berufsunfall (Unfall in der Praxis, auf dem Weg von der Wohnung zur Praxis und umgekehrt) oder einer Berufskrankheit ist der Arbeitgeber verpflichtet, dies innerhalb von **drei Tagen** schriftlich, im Todesfall innerhalb von **24 Stunden** telefonisch oder per Fax der BGW zu melden.

Wegen Zahlung der Beiträge wendet sich die BGW direkt an den Praxisinhaber.

Der Praxisinhaber ist als Arbeitgeber nicht selbst pflichtversichert. Er hat aber die Möglichkeit, sich bei der oben genannten BGW freiwillig zu versichern. Nähere Auskünfte hierzu erteilt die zuständige BGW.

Fördermöglichkeiten

Um weiterhin eine flächendeckende ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Bayern zu gewährleisten, hat die KVB in der „Sicherstellungsrichtlinie – Strukturfonds“ finanzielle Fördermaßnahmen für **unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche** festgelegt, die eine allgemeine bedarfsgerechte Versorgung langfristig sicherstellen und Niederlassungen in ländlichen Gebieten attraktiver gestalten sollen.

Die Finanzierung der Fördermaßnahmen erfolgt aus einem Strukturfonds, für den die KVB und die Krankenkassen zu gleichen Teilen Finanzmittel zur Verfügung stellen. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass zuvor entsprechende planungsbereichsbezogene Förderprogramme nach den Vorgaben der Sicherstellungsrichtlinie aufgestellt wurden.

Die einzelnen Fördermaßnahmen gliedern sich unter anderem in Zuschüsse für eine Niederlassung, für den Praxisaufbau, für die Errichtung einer Zweigpraxis, für Investitionskosten im Rahmen einer Anstellung, für die Beschäftigung eines angestellten Arztes/PPs/KJPs, für die Beschäftigung einer nichtärztlichen Praxisassistentin, für die Fortführung einer Praxis über das 63. Lebensjahr hinaus, sowie für die Beschäftigung eines ärztlichen Weiterbildungsassistenten beziehungsweise eines PP oder KJP in Ausbildung. Näheres hierzu und die notwendigen Antragsformulare finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/regionale-finanzielle-foerderungen

Die ärztliche Weiterbildung beziehungsweise psychotherapeutische Ausbildung wird noch auf weitere Arten gefördert. Neben der gesetzlichen Förderung der allgemeinmedizinischen sowie der grundversorgenden fachärztlichen Weiterbildung nach § 75a SGB V besteht – ergänzend zu der aus dem Strukturfonds finanzierten Weiterbildungs-/Ausbildungsförderung – eine KVB-eigene Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung beziehungsweise der praktischen Tätigkeit im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung, die aus den Haushaltsmitteln der KVB bestritten wird.

Die jeweiligen Details zur gesetzlichen oder KVB-eigenen Förderung der ärztlichen Weiterbildung/psychotherapeutischen Ausbildung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/weiterbildungsfoerderung

Daneben hat auch der Freistaat Bayern ein Förderprogramm für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung im ländlichen Raum aufgelegt. Das Förderprogramm „Landarztprämie“ des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege soll die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, vor allem im ländlichen Raum, erhalten und verbessern. Weitere Informationen finden Sie unter www.lgl.bayern.de.

Fortbildungsverpflichtung

Zugelassene, ermächtigte und in Praxen und MVZ angestellte Ärzte und Psychotherapeuten sind – neben dem Berufsrecht – auch nach dem Sozialrecht verpflichtet sich fortzubilden (§ 95d SGB V). Hierzu ist jeweils ein Nachweis über den Erwerb von 250 Fortbildungspunkten innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren bei der KVB zu erbringen.

Die Einreichung von Fortbildungsnachweisen erfolgt für Mitglieder der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) durch Einsenden in Papierform an:

Bayerische Landesärztekammer
Aktion Fortbildungspunkte-Scannen
Postfach 903002
69903 Mannheim

Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen werden die daraus anerkannten Fortbildungspunkte dem von der BLÄK für ihre Mitglieder jeweils geführten Fortbildungspunktekonto gutgeschrieben. Das Fortbildungspunktekonto ist für die Mitglieder der BLÄK über das Online-Portal „Meine BLÄK“ (www.blaek.de) einsehbar.

Wird vom Mitglied im BLÄK-Online-Fortbildungsportal das Einverständnis zur Datenweiterleitung an die KVB bei Erreichen der 250-Punkte-Grenze innerhalb des maßgeblichen Fünf-Jahreszeitraums erklärt, meldet die Bayerische Landesärztekammer den Fortbildungszeitraum und die Anzahl der erworbenen Fortbildungspunkte automatisch an die KVB, so dass für den Nachweis der Fortbildung gegenüber der KVB nichts Weiteres veranlasst werden muss.

Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Bayern reichen ihre Fortbildungsnachweise bei der PTK ein:

Psychotherapeutenkammer Bayern (PTK)
Birketweg 30
80639 München

Von dort erhalten Sie das Fortbildungszertifikat, welches Sie bitte an die KVB per Fax beziehungsweise gescannt per E-Mail senden.

Der Fünf-Jahres-Zeitraum für den Nachweis beginnt mit dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit und wiederholt sich danach in dieser Frequenz.

Bitte organisieren Sie rechtzeitig die Erfüllung des Fortbildungsnachweises. Nicht oder nicht rechtzeitig eingereichte Fortbildungsnachweise führen zu Honorareinbußen und gegebenenfalls auch zum Zulassungsentzug.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/pflichten/fortbildung

Kammern für Heilberufe in Bayern

Zuständig für Ärzte:

Bayerische Landesärztekammer (BLÄK)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Mühlbauerstraße 16
81677 München

Telefon 0 89 / 41 47 - 0
Fax 0 89 / 41 47 - 2 80
E-Mail blaek@blaek.de
www.blaek.de

Zuständig für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Psychotherapeutenkammer Bayern (PTK)
Birketweg 30
80639 München
Telefon 0 89 / 51 55 55 0
Fax 0 89 / 51 55 55 25
E-Mail info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Kassenzulassung

Welche Voraussetzungen bestehen für eine Kassenzulassung?

Alle für die Antragsstellung erforderlichen Formulare finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter dem entsprechenden Buchstaben, zum Beispiel das Formular für eine Zulassung unter „Z“.

- **Eintrag ins Arztregister** (vergleiche Arztregistereintrag)
- **Persönliche Voraussetzungen**

Der Psychotherapeut muss zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit geeignet sein. Ungeeignet für die Kassenzulassung ist ein Psychotherapeut mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere ein Psychotherapeut, der innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragsstellung rauschgiftsüchtig oder trunksüchtig war.

■ Vertragsarztsitz

Die Zulassung erfolgt für den Vertragsarztsitz. Dieser ist mit Adresse (Ort, Straße, Hausnummer) im Zulassungsantrag zu benennen. Die Verlegung einer Betriebsstätte muss vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Hierbei wird geprüft, ob Gründe der Versorgung entgegenstehen. Neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz ist eine Tätigkeit an bis zu zwei weiteren Orten (Nebenbetriebsstätte/Filiale) zulässig. Diese sind genehmigungspflichtig.

■ Bedarfsplanung

Der Zulassung dürfen keine Zulassungsbeschränkungen beziehungsweise Quotenregelungen entgegenstehen. Das bedeutet, dass für den Planungsbereich, in dem die Niederlassung angestrebt wird, keine arztgruppenbezogene Zulassungsbeschränkung angeordnet beziehungsweise entsprechende fachgebiets- beziehungsweise schwerpunktsbezogene Quoten-Niederlassungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein dürfen. Ansonsten ist – soweit der Zulassungsausschuss die Praxis für nachbesetzungsfähig erachtet – eine Praxisnachfolgezulassung oder die Tätigkeit im Rahmen des Job-Sharing möglich. Zur speziellen Bedarfsplanung in der Psychotherapie können Sie sich unter dem Stichwort „Bedarfsplanung“ informieren.

■ Voll-/Teilzulassung

Es besteht die Möglichkeit, entweder eine Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag („Vollzulassung“) oder auch mit einem lediglich anteiligen Versorgungsauftrag („Teilzulassung“) auszuüben. Eine Zulassung im Umfang von 0,25 ist nicht zulässig. Dies ist insbesondere im Interesse derjenigen Psychotherapeuten, die wegen familiärer Verpflichtungen, Kindererziehung oder wegen anderweitiger Selbstverwirklichung ihre Zulassung nicht hauptberuflich ausüben möchten.

■ Bei einer Vollzulassung besteht gemäß den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie eine Verpflichtung zur Meldung von telefonischen Erreichbarkeitszeiten der Praxis im Umfang von 200 Minuten pro Woche (in Einheiten von mindestens 25 Minuten), bei einer Teilzulassung entsprechend anteilig. Das Angebot Psychotherapeutischer Sprechstunden muss für jeden Therapeuten bei Vollzulassung 100 Minuten betragen, bei Teilzulassung entsprechend anteilig. Für angestellte Psychotherapeuten gilt dies entsprechend.

■ Job-Sharing-Zulassung

In gesperrten Planungsbereichen besteht die Möglichkeit der Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem neu zuzulassenden Kollegen des gleichen Fachgebiets (Fachidentität gemäß § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) unter gleichzeitiger Leistungsbeschränkung (sogenannte Job-

Sharing-Zulassung). Dabei ist die Zulassung des Juniorpartners an die Zulassung des Seniorpartners gebunden (sogenannte „Vinkulierung“). Die Job-Sharing-Praxis ist bei der Leistungserbringung auf eine vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsmenge begrenzt, die regelhaft der Leistungsmenge des Seniorpartners aus den Vorquartalen entspricht, zuzüglich drei Prozent des Fachgruppendurchschnitts. Für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang darf die Steigerung nicht auf den Durchschnitt der Fachgruppe begrenzt werden, vielmehr darf bis zum Fachgruppendurchschnitt zuzüglich 25 Prozent ausgeweitet werden.

Als „fachidentisch“ gemäß § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie gelten beispielsweise auch folgende Konstellationen:

- Psychologische Psychotherapeuten mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (unabhängig vom Richtlinienverfahren), wobei sich bei Zusammenschluss eines Psychologischen Psychotherapeuten (als Junior) mit einem bereits zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (als Senior) der zuzulassende Psychologische Psychotherapeut auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beschränken hat.
- Facharzt für Nervenheilkunde mit Arzt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt
- Ärzte aus der Arztgruppe der Nervenärzte, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse gemäß § 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V vorliegen

Stellt der Landesausschuss in einem bislang gesperrten Planungsbereich wieder eine gewisse Anzahl an Zulassungsmöglichkeiten fest (sogenannte Teil- oder partielle Entsperrung), werden gegebenenfalls bestehende Job-Sharing-Zulassungen in der entsprechenden Zahl in „Zulassungen“ umgewandelt, das heißt, die Vinkulierung der Job-Sharing-Zulassung und die Leistungsbeschränkung der Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft entfallen. Unabhängig davon erfolgt dies spätestens auch nach zehn Jahren gemeinsamer Job-Sharing-Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft.

Für eine Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft können prinzipiell sämtliche vertragsarztrechtlich zulässigen Gesellschaftsformen gewählt werden (in der Regel BGB-Gesellschaft

und Partnerschaftsgesellschaft). Einschränkungen des Berufsrechts sind aber jeweils zu beachten. Die Berufsausübungsgemeinschaft ist genehmigungspflichtig und beim Zulassungsausschuss zu beantragen.

Die KVB unterstützt Sie beim Suchen/Finden von Kooperationen. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/kvb-boerse.

■ Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

In einem MVZ können zugelassene oder angestellte Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig werden. MVZ sind ärztlich geleitete Einrichtungen. In rein psychotherapeutischen MVZ können diese auch durch einen psychotherapeutischen Leiter, in ärztlich und psychotherapeutisch fachübergreifenden Einrichtungen auch kooperativ geleitet werden. Die Zulassung eines MVZ beziehungsweise die Tätigkeit in einem MVZ ist durch den Zulassungsausschuss genehmigungspflichtig. Gründungsbefugt für ein MVZ sind unter anderem Vertragsärzte oder Krankenhäuser. Auch zugelassene Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fallen unter den Vertragsarztbegriff.

■ Anstellung in Praxen

Zugelassene Psychotherapeuten können bis zu drei ganztags- oder entsprechend teilzeitbeschäftigte Kollegen (PP oder KJP) in ihrer Praxis anstellen. Dabei ist zu unterscheiden, ob im Planungsbereich Zulassungssperren bestehen oder nicht.

In nicht gesperrten Planungsbereichen können Psychologische Psychotherapeuten auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch Psychologische Psychotherapeuten anstellen. Anstellung bedeutet den Abschluss eines Arbeitsvertrages mit Vereinbarung der Anzahl der Arbeitsstunden und den sich an den Arbeitsvertrag anknüpfenden sozial- und steuerrechtlichen Folgen. Die Anstellung im nicht gesperrten Planungsbereich kann in Voll- oder Teilzeit erfolgen. Der zeitliche Umfang bestimmt dann den in der Bedarfsplanung zu berücksichtigenden Anrechnungsfaktor. Anders ausgedrückt: Auf einen vollen Vertragsarztsitz können so viele Teilanstellungen erfolgen, bis ein Anrechnungsfaktor von 3,0 erreicht ist. Für die Feststellung des bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktors ist die arbeitsvertragliche Regelung entscheidend. Bei über 30 Wochenstunden handelt es sich um eine Vollanstellung (1,0). Im Umfang von über 20 bis 30

Wochenstunden geht das Anstellungsverhältnis mit 0,75, im Umfang von über zehn bis 20 Wochenstunden mit 0,5 und im Umfang bis zehn Wochenstunden mit 0,25 in die Bedarfsplanung ein. Dies gilt entsprechend für die Anstellung in einem MVZ.

In einem gesperrten Planungsbereich kann eine Anstellung unter gleichzeitiger Leistungsbeschränkung der anstellenden Praxis erfolgen (insofern analog wie bei einer Job-Sharing-Zulassung). Auch hier gilt wie bei der Job-Sharing-Zulassung das Prinzip der 1:1-Zuordnung sowie der Fachidentität zwischen Ansteller und Anzustellendem, mit der Maßgabe, dass ein Beschäftigungsverhältnis sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig ist. Bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist allerdings zusätzlich eine Beschränkung des anzustellenden Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erforderlich. Eine Anstellung unter Leistungsbeschränkung wird in der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt. Wie bei einer Job-Sharing-Zulassung entfällt gegebenenfalls die Leistungsbeschränkung für die anstellende Praxis bei Teilentsperrung eines Planungsbereichs durch den Landesausschuss, allerdings nachrangig gegenüber den Job-Sharing-Zulassungen. Eine Zehn-Jahres-Frist, die wie bei Job-Sharing-Zulassungen zu einer Aufhebung der Leistungsbeschränkung führen würde, existiert bei Anstellungen unter Leistungsbeschränkung allerdings nicht.

Zu beachten ist beim Thema Anstellung aber generell, dass eine Anstellung von Ärzten bei Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Gründen des ärztlichen Berufsrechts nicht möglich ist.

■ (Mindest-)Sprechstunden/offene Sprechstunden

„Sprechstunden“ sind (vorab) festgelegte und bekannt gegebene Zeiträume, in denen der Vertragsarzt/-psychotherapeut für die Versorgung der GKV-Versicherten an seinen zugelassenen Tätigkeitsorten unmittelbar zur Verfügung steht. Jeder Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung ist verpflichtet, an seinem Vertragsarztsitz sowie gegebenenfalls weiteren Tätigkeitsorten Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen

vertragsärztlichen Versorgung festzusetzen und bekannt zu geben sowie auch an die KVB zur Veröffentlichung im Internet zu melden. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber diese generelle Pflicht zum Angebot von Sprechstunden hinsichtlich eines insoweit erforderlichen Mindestumfangs erweitert und bei einer Tätigkeit mit vollem Versorgungsauftrag von zugelassenen oder angestellten Ärzten beziehungsweise Psychotherapeuten an allen zugelassenen Tätigkeitsorten zusammengefasst ein Angebot von mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für GKV-Patienten verpflichtend vorgesehen. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die Mindestsprechstundenzeiten anteilig. Ausgehend von 25 Wochenstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag sind dies bei einem

- $\frac{3}{4}$ -Versorgungsauftrag: 18,75 Std./Woche
(= 18 Stunden und 45 Minuten),
- $\frac{1}{2}$ -Versorgungsauftrag: 12,5 Std./Woche
(= 12 Stunden und 30 Minuten),
- $\frac{1}{4}$ -Versorgungsauftrag 6,25 Std./Woche
(gilt nur für Angestellte): (= 6 Stunden und 15 Minuten)

Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit gemäß § 1 Absatz 8 der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) können nicht auf die (Mindest-)Sprechstundenzeiten angerechnet werden, denn zu diesen Zeiten steht der Vertragsarzt/-psychotherapeut nicht unmittelbar für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Diese Zeiten dienen nur der Terminkoordination. Diese müssen wie andere Verwaltungs- und Bürokratzeiten neben der Sprechstundenzeit erbracht werden.

Zudem müssen von den Mindest-Sprechstunden bei vollem Versorgungsauftrag mindestens fünf Stunden als „offene Sprechstunden“ – das heißt ohne vorherige Terminvereinbarung – durch bestimmte Arztgruppen, die der Grundversorgung und wohnortnahen fachärztlichen Patientenversorgung angehören (siehe § 17 Absatz 1c BMV-Ä), angeboten werden. Dies gilt nicht für Psychotherapeuten; maßgeblich ist das Fachgebiet für das die Zulassung erfolgt ist.

Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die offenen Sprechstundenzeiten anteilig. Ausgehend von fünf Stunden bei einem vollen Versorgungsauftrag sind dies bei einem

- $\frac{3}{4}$ -Versorgungsauftrag: 3,75 Std./Woche
(= 3 Stunden und 45 Minuten),
- $\frac{1}{2}$ -Versorgungsauftrag: 2,5 Std./Woche
(= 2 Stunden und 30 Minuten),

- $\frac{1}{4}$ -Versorgungsauftrag 1,25 Std./Woche
(gilt nur für Angestellte): (= 1 Stunde und 15 Minuten)

Es ist ausreichend, wenn die offenen Sprechstunden ausschließlich am Vertragsarztsitz angeboten werden. Offene Sprechstunden müssen nicht auf dem Praxisschild bekannt gegeben werden, sind aber der KVB zu melden.

Hinweis zur psychotherapeutischen Leistung der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ (GOP 35151) gemäß § 11 Absatz 13 PT-RL:

Ärzte und Psychotherapeuten, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen verfügen, haben unabhängig von ihrem Zulassungsfachgebiet bei einem vollen Versorgungsauftrag pro Woche in der Regel mindestens 100 Minuten (bei einem Teil-Versorgungsauftrag entsprechend anteilig) für die Therapieleistung der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ zur Verfügung zu stellen (vergleiche § 11 Absatz 13 Psychotherapie-Richtlinie). Das (zeitliche) Angebot der Therapieleistung „Psychotherapeutische Sprechstunde“ kann entweder im Rahmen von offenen Sprechstunden oder im Rahmen von Sprechstunden mit Terminvergabe erfolgen; dies bleibt dem Psychotherapeuten überlassen.

Nähere Details zur Sprechstunden-Thematik siehe unter: www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/pflichten/sprechstunden

■ Vertretung bei Abwesenheit

Die Vertretungsregelungen der Ärzte-ZV und des BMV-Ä stellen eine Ausnahme vom vertragsärztlichen Grundsatz der Persönlichen Leistungserbringung dar und gelten grundsätzlich gleichermaßen für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Klassische Vertretungsgründe sind Krankheit, Urlaub und Fortbildung, aber zum Beispiel auch Schwangerschaft und Entbindung.

Eine Vertretung kann prinzipiell entweder durch die Beschäftigung eines Vertreters in der eigenen Praxis erfolgen oder nach vorheriger expliziter Absprache durch die Praxis eines anderen niedergelassenen Kollegen (sogenannte „kollegiale Vertretung“, bis maximal drei zusammenhängende Monate Abwesenheit).

Speziell bei psychotherapeutischen Leistungen ist aber hinsichtlich der Vertretung folgende Besonderheit zu beachten:

Aufgrund des speziellen Vertrauensverhältnisses zwischen Therapeut und Patient ist gemäß § 14 Absatz 3 BMV-Ä eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen im Grundsatz unzulässig!

Es ist also insoweit zwischen genehmigungspflichtigen und genehmigungsfreien psychotherapeutischen Leistungen zu unterscheiden. Eine Vertretung für genehmigungsfreie psychotherapeutische Leistungen (zum Beispiel Testverfahren; Psychotherapeutische Sprechstunde; Psychotherapeutische Akutbehandlung; aber nicht: Probatorische Sitzungen!) ist generell immer möglich!

Eine Vertretung für **genehmigungspflichtige** psychotherapeutische Leistungen **einschließlich der Probatorischen Sitzungen** kommt generell nur bei Beschäftigung eines Vertreters in der eigenen Praxis in Betracht, nicht aber bei kollegialer Vertretung durch eine andere Praxis. Zudem ist hier zu differenzieren zwischen Kurzzeitvertretungen/Temporärem Therapeutenwechsel und Langzeitvertretungen/Eigenen Therapien des Vertreters.

Kurzzeitvertretungen/Temporärer Therapeutenwechsel:

Bei einer lediglich kurzzeitigen Abwesenheit – beispielsweise wegen Urlaub, Krankheit, Teilnahme an einer ärztlicher Fortbildung oder Wehrübung – scheidet eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen inklusive Probatorischer Sitzungen regelhaft aus. Dies gilt jedenfalls bei bereits begonnenen Therapien.

Langzeitvertretungen/Eigene Therapien des Vertreters:

Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen Leistungen inklusive Probatorischer Sitzungen ist ausnahmsweise dann zulässig, wenn innerhalb der Vertretungszeit von einem Abschluss der Therapie durch den Vertreter ausgegangen werden kann.

Eine Durchführung komplett eigener Therapien durch den Vertreter wird also unter Berücksichtigung der Anzahl der zu genehmigenden Therapiestunden **nur bei einem längerfristigen Ausfall des Vertretenen** (zum Beispiel bei Praxisabwesenheit wegen der Erziehung von Kindern, der Pflege naher Angehöriger oder eigener länger andauernder Erkrankung) in Betracht kommen!

Zu einem „Therapeutenwechsel“ muss der Patient seine Zustimmung geben. Zudem ist die betroffene Krankenkasse über den Therapeutenwechsel zu informieren.

Allgemein gilt bei Abwesenheit zu den Praxisöffnungszeiten:

Eine Vertretung ist generell bereits ab dem ersten Tag der Praxisabwesenheit zu organisieren.

Dauert die Abwesenheit länger als eine Woche (also ab dem achten Tag) ist die Abwesenheit schriftlich **unter Angabe des Vertretungsgrundes und des Vertreters** bei der KVB anzuzeigen. Darüber hinaus soll dies auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche in geeigneter Weise bekannt gegeben werden, zum Beispiel durch Praxisaushang und/oder Besprechung des Anrufbeantworters.

Hinweis: Bei ausschließlich psychotherapeutischen Leistungen ist ebenfalls die Abwesenheit ab einer Woche verpflichtend anzuzeigen. Außerdem sollte in diesem Fall für die Zeit der Praxisabwesenheit nach entsprechender vorheriger Absprache mit niedergelassenen Kollegen eine Information zum Beispiel durch Praxisaushang oder Besprechung des Anrufbeantworters hinterlegt werden, an wen sich die Patienten gegebenenfalls in Krisensituationen wenden können/sollen!

Psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, die nicht ausschließlich psychotherapeutische Leistungen erbringen, müssen sich bei ihren übrigen ärztlichen Tätigkeiten natürlich vertreten lassen.

- Ein Vertreter benötigt grundsätzlich Arztregistereintragsfähigkeit (ärztliche Approbation und abgeschlossene ärztliche Weiterbildung beziehungsweise psychotherapeutische Approbation in einem Richtlinienverfahren) und die gleiche Berufsbezeichnung/Fachrichtung wie der zu vertretende Arzt/Psychotherapeut.
- Für den Vertreter gelten die Abrechnungsbestimmungen des EBM. Sofern die Abrechnungsbestimmungen die Leistungserbringung bestimmten Arztgruppen/Fachgebieten/Schwerpunkten/Zusatzbezeichnungen/Qualifikationen zuweisen, ist auch der Vertreter bei der Leistungserbringung hieran gebunden.
- Die Kennzeichnung und Abrechnung der Leistungen eines Vertreters, der in der Praxis des Abwesenden tätig wird, erfolgt unter der LANR und BSNR des abwesenden Arztes/Psychotherapeuten. Bei „kollegialer“ Vertretung durch eine andere Praxis rechnet dagegen der kollegiale Vertreter seine Vertretungsleistungen unter seiner eigenen LANR/BSNR ab.

- Vertretungen (auch kurzzeitige) sind jeweils intern zu dokumentieren: „Wer hat wen wie lange aus welchem Grund in der Praxis vertreten“.
- Eine Alternative zur Vertretung kann in bestimmten Fällen die Anstellung eines Sicherstellungsassistenten sein (siehe nachfolgend).
- Vertreter können im Gegensatz zu anzustellenden Sicherstellungsassistenten auch auf Honorarbasis in einer Praxis tätig werden.

Das Formular zur Meldung von Abwesenheitszeiten finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „A“/Abwesenheitsmeldung*. Weitere Details zur Vertretung allgemein, zu den Vertretungsgründen bei Zulassung und Anstellung, zur eventuellen Genehmigungspflicht von längeren Vertretungen sowie zu sogenannten „Auffangregelungen“ finden Sie in unserem Merkblatt „KVB-Merkblatt-Vertretung-Vertragsarzt.pdf“ zur Vertretung unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter unter *Praxisführung und Zulassung*.

■ Sicherstellungsassistenz bei eingeschränkter Praxistätigkeit

Ein Sicherstellungsassistent kann auf Antrag und nach entsprechender Genehmigung im Rahmen eines zeitlich befristeten Anstellungsverhältnisses beschäftigt werden, wenn Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten (beziehungsweise auch deren angestellte Ärzte/Psychotherapeuten) vorübergehend aus bestimmten Gründen gehindert sind, ihrem Versorgungsauftrag in vollem Umfang nachzukommen. Die zeitliche Befristung des Anstellungsverhältnisses ist abhängig von den Gründen für die Beschäftigung.

Sicherstellungsgründe sind grundsätzlich unter anderem:

- Erkrankung oder gesundheitliche Beeinträchtigung, inklusive Schwangerschaft und Zeit nach der Entbindung
- Erkrankung eines angestellten Arztes/Psychotherapeuten
- Erkrankung eines Kindes beziehungsweise eines nahen Familienangehörigen
- Erziehung eines Kindes
- Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung
- Tätigkeit als Lehrbeauftragter und/oder wissenschaftliche Tätigkeit an staatlich anerkannter Hochschule (medizinischer Bereich); Tätigkeit als Lehrbeauftragter und/oder Supervisor an anerkanntem psychotherapeutischem Ausbildungsinstitut
- Wahrnehmung berufspolitischer Aufgaben

■ Teilnahme an der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Ein Sicherstellungsassistent muss über die Eintragungsfähigkeit in das Arztregister verfügen. Er muss zudem grundsätzlich über die gleiche Facharztanerkennung verfügen wie der anstellende Arzt beziehungsweise grundsätzlich über die gleiche Approbation wie der anstellende Psychologische Psychotherapeut beziehungsweise der anstellende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Eine Identität der Therapieverfahren ist dagegen nicht erforderlich! Sofern ein Sicherstellungsassistent auf ein Richtlinienverfahren spezialisiert ist, das nicht mit demjenigen des anstellenden Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten übereinstimmt, ist vorab vom Ansteller die erforderliche Genehmigung für die Abrechnung des zusätzlichen Therapieverfahrens bei der KVB einzuholen.

Die Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Sicherstellungsassistenten durch einen Arzt ist im Hinblick auf die geforderte Fachgebietsidentität zwischen Praxisinhaber und dem Sicherstellungsassistenten nicht zulässig.

Zulässig ist die Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise die Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Demgegenüber ist im Hinblick auf die geforderte Fachgebietsidentität die Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einem Psychologischen Psychotherapeuten – und umgekehrt – grundsätzlich unzulässig. Lediglich in Ausnahmefällen, wenn ohne die Genehmigung eines Sicherstellungsassistenten eine ausreichende Versorgung der Patienten der jeweiligen Praxis in besonderem Maße gefährdet wäre, besteht die Möglichkeit einer intraprofessionellen Beschäftigung.

Die Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten setzt dann jedoch voraus, dass der Psychologische Psychotherapeut die formalen Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfüllt. Der Sicherstellungsassistent ist in diesem Fall wegen

des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung auf Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschränkt.

Die Beschäftigung eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einem Psychologischen Psychotherapeuten setzt voraus, dass der Psychologische Psychotherapeut über die formale Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt und selbst bereits Psychotherapieleistungen bei Kindern und Jugendlichen erbracht hat.

Die Beschäftigung eines Arztes durch einen Psychotherapeuten ist unzulässig, da nach § 2 Absatz 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ein Arzt hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen darf.

Im Rahmen seiner Tätigkeit darf ein Sicherstellungsassistent nur solche Leistungen erbringen, zu deren Durchführung der anstellende Arzt/Psychotherapeut selbst berechtigt ist. Bei selbstständiger Durchführung genehmigungspflichtiger Leistungen durch den Sicherstellungsassistenten muss auch dieser über die notwendige Qualifikation verfügen.

Über einen Therapeutenwechsel sind die Krankenkassen der therapierten Patienten zu informieren, da vom Sicherstellungsassistenten in der Regel bereits genehmigte Therapien übernommen werden.

Bei unterschiedlichen psychotherapeutischen Therapieverfahren von Ansteller und Sicherstellungsassistent muss für bereits anbehandelte Patienten gegebenenfalls ein Verfahrenswechsel bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden.

Die erbrachten Leistungen werden bei GKV-Patienten über die Arztnummer (BSNR, LANR) des jeweiligen Praxisinhabers abgerechnet. Die Beschäftigung des Assistenten darf dabei nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. Wird eine Veränderung oder Vergrößerung des Leistungsspektrums festgestellt, kann die Genehmigung zur Beschäftigung des Sicherstellungsassistenten widerrufen werden.

Eine Alternative zur Anstellung eines Sicherstellungsassistenten kann in bestimmten Fällen die Beschäftigung eines Vertreters sein (siehe oben).

Die Beschäftigung eines Assistenten kommt zudem in Betracht zur Einarbeitung in den Praxisablauf wegen geplanter Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft, wegen geplanter Praxisübergabe oder wegen geplanter Anstellung (sogenannte „Schnupperassistent“). Hierbei handelt es sich jedoch nicht um einen Assistenten zur Sicherstellung der Versorgung, deshalb gelten hier zum Teil abweichende Regelungen. Bei Wunsch nach Beschäftigung eines „Schnupperassistenten“ wenden Sie sich bitte an die Berater der KVB.

Den Antrag auf Genehmigung einer Sicherstellungsassistenz finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „A“/Anstellung Assistent/Genehmigung Sicherstellungsassistent*.

Allgemeine Informationen zum Thema Sicherstellungsassistent finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter unter *Praxisführung und Zulassung/KVB-Merkblatt-Sicherstellungsassistent.pdf*.

■ Übernahme einer Praxis durch einen (Sicherstellungs-) Assistenten

Übernimmt ein ehemaliger (Sicherstellungs-)Assistent die Praxis, können bereits von ihm in der bisherigen Praxis erbrachte probatorische Sitzungen nicht erneut erbracht werden.

■ Ruhen der Zulassung/Anstellung

Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt (zum Beispiel wegen Krankheit), die Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, und Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. Während der Zeit des Ruhens der Zulassung ist der Vertragsarzt von seinen Pflichten entbunden. Nach Wegfall der Ruhensgründe gelten wieder die gleichen Rechte und Pflichten wie vor dem Ruhen. Während der Zeit des Ruhens darf keine Praxistätigkeit erfolgen und es dürfen auch keine Vertreter oder Sicherstellungsassistenten tätig werden. Eine Abänderung der ursprünglich vorgesehenen Ruhezeit ist durch Beschluss des Zulassungsausschusses möglich. Sollte während oder nach einem Ruhen eine Praxisabgabe geplant sein, muss bedacht werden, dass ein Ruhen sowohl Auswirkungen auf den Praxiswert haben kann wie auch auf die Tatsache, ob überhaupt noch eine fortführungsfähige Praxis mit einem Patientenstamm vorliegt. Daher sollte immer die Fortführung der Praxis mittels Vertreter oder eines Sicherstellungsassistenten als Alternative zum Ruhen geprüft werden.

Auch ein teilweises Ruhen der Zulassung (zur Hälfte oder zu einem Viertel) ist möglich. Für eine Anstellung gelten die Ruhensregelungen entsprechend.

■ Fachgebietsbindung bei der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen

Auch bei der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen gilt die Bindung an das Zulassungs- und Fachgebiet. Nur Leistungen, die von der vertragsärztlichen Zulassung und von der berufsrechtlichen Fachgebietszuordnung gedeckt sind, können erbracht und abgerechnet werden. Außerdem müssen bei genehmigungspflichtigen Leistungen die qualifikationsbezogenen Genehmigungen der KVB vorliegen.

Danach unterfallen diejenigen Psychotherapeuten der Fachgebietsbindung, die eine Weiterbildung in einem sonstigen fachärztlichen Gebiet haben und als „überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig“ zugelassen beziehungsweise in diesem Umfang tätig sind oder im Rahmen der Zusatzbezeichnung Psychotherapie psychotherapeutisch tätig sind. Dies ist zum Beispiel bei einem Kinderarzt, der zur psychotherapeutischen Versorgung zugelassen ist, der Fall, aber auch beim Frauenarzt, der im Rahmen dieser Zulassung Psychotherapie erbringt. So ist der genannte Kinderarzt auf die Psychotherapie bei Kindern beschränkt, der Frauenarzt auf geschlechtsspezifische Psychotherapie bei weiblichen Patientinnen. Nur Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie können umfassend tätig werden. Bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt dies entsprechend ihrer Zulassung.

Praxisabgabe

Die Abgabe einer psychotherapeutischen Praxis in einem gesperrten Planungsbereich im Rahmen des Nachbesetzungs- und Ausschreibungsverfahrens ist an konkrete Verfahrensregelungen und verbindliche Fristen geknüpft. Wir empfehlen, langfristig vor der Praxisabgabe einen Beratungstermin mit unseren Beratern zu vereinbaren. Diese unterstützen sie mit vielen wichtigen Informationen für die Planung und Durchführung der Praxisabgabe. Auf unserer Internetseite unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter unter *Praxisführung und Zulassung/ KVB-Merkblatt-Patientenkartei.pdf* stehen wichtige Informationen zur richtigen Umsetzung und zur Einhaltung der Schweigepflicht zwischen Praxisabgeber und -übernehmer zur Verfügung (Merkblatt Patientenkartei). Des

Weiteren besteht die Möglichkeit zur Nutzung der KVB-Börse im Internet unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/kvb-boerse.

Qualitätsmanagement (QM) in der Psychotherapie

Qualitätsmanagement zielt auf eine patientenorientierte Prozessoptimierung und größtmögliche Patientensicherheit.

Auch Psychotherapeuten sind verpflichtet, praxisintern ein QM aufzubauen und weiterzuentwickeln. Zwar unterscheiden sich die Abläufe von denen einer Arztpraxis allein schon dadurch, dass Psychotherapeuten häufig ohne Personal arbeiten. Doch auch sie profitieren von QM. Denn eine gute Praxisorganisation spart Zeit, gibt Sicherheit und macht die Arbeit leichter. Das QM in Praxen steht im Fokus einer knapp 20-seitigen Servicebroschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Ärzte, Psychotherapeuten und Mitarbeiter finden darin Informationen und Tipps zur Umsetzung, Checklisten sowie mehrere Praxisbeispiele. Die Broschüre „Qualitätsmanagement in der Praxis“ ist in der Reihe „PraxisWissen“ erschienen und kann bei der KBV kostenfrei per E-Mail bestellt werden. Sie steht auch als PDF zum kostenlosen Download bereit. Die Broschüre stellt kurz und anschaulich verschiedene Instrumente des QM vor – von der Teambesprechung bis zum Risiko- und Fehlermanagement. Farblich abgehobene Checklisten verweisen auf Umsetzungsvorschläge und Musterdokumente, die das QM-Verfahren der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen „QEP“ bietet.

Vermittlung an Psychotherapeuten

1. Terminservicestelle

Der Gesetzgeber hat den Auftrag erteilt, auch Termine für die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Probatorik innerhalb von vier Wochen und für die Psychotherapeutische Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen durch die Termin-

servicestelle zu vermitteln. Dieser Service steht Patienten unter der Telefonnummer 116117 zur Verfügung.

Das nachfolgende Schaubild gibt einen Überblick zur Terminvermittlung.

Eine **telefonische persönliche Erreichbarkeit** zur Terminkoordination ist von **allen Therapeuten** unter Beachtung von berufs- und vertragsarztrechtlichen Vorgaben **zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten** zu gewährleisten

- **200 Minuten pro Woche** in Einheiten von mindestens **25 Minuten** bei vollem Versorgungsauftrag/ bei anteiligem Versorgungsauftrag entsprechend
- **Telefonische persönliche Erreichbarkeit** durch den Therapeuten oder das Praxispersonal
- Der Therapeut teilt die **telefonische Erreichbarkeit mit konkreter Zeitangabe** der KVB mit

Terminservicestelle vermittelt Termine:

Erstgespräche im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde

- Es sind mindestens 100 Minuten Sprechstunde bei einem vollen Versorgungsauftrag – bei anteiligem Versorgungsauftrag entsprechend – zur Verfügung zu stellen.
- Mindesteinheit 25 Minuten

psychotherapeutische Akutbehandlung

- Bei Vorliegen einer in **Formular PTV 11 empfohlenen und dokumentierten Akutbehandlung** erfolgt Terminvermittlung durch die TSS.
- Die Frist für die Terminvermittlung beträgt zwei Wochen.

zeitnah erforderliche probatorische Sitzung

- Bei Vorliegen eines als **„zeitnah erforderlich“** gekennzeichneten **PTV 11** erfolgt die Terminvermittlung durch die TSS.
- Der Termin muss innerhalb einer Woche vermittelt werden und dann innerhalb von vier Wochen stattfinden.

2. Koordinationsstelle Psychotherapie

Der Telefondienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für Patienten hilft bei der Suche nach einem Therapieplatz für eine psychotherapeutische Behandlung, probatorische Sitzung oder Richtlinien-therapie.

Welchen Service bietet die Koordinationsstelle für Patienten?

- Bekanntgabe von Praxisadressen von Psychotherapeuten mit freien Therapieplätzen.

Wenn Sie Patienten über die Koordinationsstelle Psychotherapie informieren wollen, sollten Sie auf folgendes hinweisen.

Die Koordinationsstelle kann nicht

- Diagnosen stellen
- Psychotherapien durchführen
- Plätze für Psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlung vermitteln

Sie können Ihre freien Therapieplätze, sowie Wartezeiten für einen Therapieplatz, auch online an die Koordinationsstelle übermitteln. Folgen Sie einfach dem Link auf der KVB Startseite.

Sie erreichen unsere Koordinationsstelle Psychotherapie zu folgenden Servicezeiten

Bitte beachten Sie die neue Telefon- und Faxnummer

Montag bis Donnerstag	von 9.00 bis 17.00 Uhr
Freitag	von 9.00 bis 13.00 Uhr
per Telefon	09 21 / 8 80 99 - 4 04 10
per Fax	09 21 / 8 80 99 - 4 04 11
per E-Mail	Patienten-Infoline@kvb.de

Selbstverständlich wird jeder Anruf vertraulich behandelt!

Verordnungen durch Psychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie auch Leistungen der psychotherapeutischen Rehabilitation und Soziotherapie bei psychischen Erkrankungen verordnen.

Seit 1. Januar 2021 kann auch Ergotherapie verordnet werden – allerdings nur bei psychischen Erkrankungen sowie bei bestimmten Erkrankungen des zentralen Nervensystems und Entwicklungsstörungen.

Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2021 sind Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege berechtigt.

Dafür können die gleichen Formulare genutzt werden, die auch Vertragsärzte verwenden:

- Muster 2 für die Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Muster 4 für die Verordnung von Krankentransport
- Muster 12 für die Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Muster 13 für die Heilmittelverordnung von Ergotherapie (u. a.)
- Muster 26 für die Verordnung von Soziotherapie
- Muster 61 zur Verordnung medizinischer Rehabilitation

Weitere Informationen zu den einzelnen Richtlinien und den Beschlüssen finden Sie im Internet unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien unter:

- Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Richtlinie über die Verordnung von Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten
- Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (GOP 01611)
- Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie (GOP 30810 für die Verordnung der fünf Probestunden beziehungsweise die Erstverordnung, GOP 30811 für die Folgeverordnung) in der vertragsärztlichen Versorgung
- Richtlinie zu Methoden der vertragsärztlichen Versorgung (für die Verordnung von Ergotherapie bei Indikationen, für die eine neuropsychologische Therapie angewendet werden darf)
- Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie (GOPen 01422 und 01424)

Hinweis:

Nähere Informationen finden Sie in der neuen Broschüre der KBV „Hinweise zur Verordnung für Psychotherapeuten“ auf www.kbv.de unter der Rubrik Mediathek/Publikationen/PraxisWissen.

Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung

Psychotherapie-Richtlinie

In der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind ausführliche Regelungen der Therapieformen und -arten der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung anwendbaren Verfahren enthalten, die zulasten der Krankenkassen erbracht werden können und von diesen bezahlt werden.

Als Richtlinientherapie im engeren Sinne gelten die Psychotherapieverfahren der Analytischen Psychotherapie, der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie.

Der Zugang für Patienten zu einer psychotherapeutischen Richtlinien-Behandlung erfolgt grundsätzlich über die Sprechstunde. Diese dient dazu, zeitnah abzuklären, ob eine Richtlinien-Psychotherapie indiziert ist oder gegebenenfalls auch andere Angebote (wie zum Beispiel Erziehungsberatung) ausreichend sind oder ob eine psychiatrische Behandlung beziehungsweise eine Rehabilitation erforderlich ist. Nähere Informationen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde finden Sie auf Seite 37 unseres Wegweisers.

Die Akutbehandlung dient dazu, Patienten mit psychischen Krisen zu stabilisieren. Diese ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde und kann kurzfristig mit bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten ohne Genehmigung durch die Krankenkasse stattfinden. Die detaillierten Informationen dazu sind ab Seite 60 nachzulesen.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist ein weiteres Versorgungsangebot im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde und richtet sich an Patienten, die noch unsicher sind oder Vorbehalte gegenüber einer Gruppenpsychotherapie haben.

Um einen niedrighschwelligem Zugang zu gewährleisten, ist sie anzeige-, antrags- und genehmigungsfrei.

Weitere Informationen finden Sie auf der Seite 30 und ab Seite 61.

Die Rezidivprophylaxe stellt eine weitere Behandlungsoption dar. Um Rückfälle zu vermeiden, können nach Beendigung einer Langzeittherapie noch nicht wahrgenommene Stundenkontingente aus dieser für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden. Die Rezidivprophylaxe kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie stattfinden. Auch hierzu finden Sie weiterführende Informationen auf Seite 38 unseres Wegweisers.

Nicht der Richtlinientherapie zugerechnet werden:

- Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11
- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach § 11a
- Probatorische Sitzungen nach § 12
- Psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13 und
- die psychosomatische Grundversorgung nach Abschnitt C

In der [Anlage](#) der Richtlinie sind unter II. die Therapieformen aufgelistet, die nicht die Erfordernisse erfüllen und somit nicht über die Gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden können. Die [Richtlinie](#) über die Durchführung der Psychotherapie finden Sie im Internet unter www.kbv.de/html/psychotherapie.php.

Psychotherapie-Vereinbarung

Gegenstand dieser Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag) ist die Anwendung von Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung.

Als Psychotherapie gelten

- die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- die analytische Psychotherapie
- die Verhaltenstherapie und
- die Systemische Therapie

Gegenstand dieser Vereinbarung sind auch die in der Psychotherapie-Richtlinie genannten psychotherapeutischen Maßnahmen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. Die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung ([Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag](#)) finden Sie im Internet unter www.kbv.de/html/psychotherapie.php.

Psychotherapie-Vordrucke

Vordrucke erhalten Sie beim Verlag Kohlhammer. Das Bestellformular für Kassen- und KV-Vordrucke vom Verlag Kohlhammer finden Sie im Internet unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „K“/Kohlhammer*.

Folgende Formblätter sind für **Antragstellung und Abrechnung** im Rahmen der Psychotherapie relevant:

Formularbezeichnung „PTV“ gilt für **alle** Therapieformen.

PTV 1

Antrag des Versicherten an die Krankenkasse auf Feststellung der Leistungspflicht

Dreifache Erstellung von Formblatt PTV 1

- Original ist für die Krankenkasse bestimmt
- erste Durchschrift für den Therapeuten
- zweite Durchschrift für den Versicherten

PTV 2

Angaben des Therapeuten zum Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie an die Krankenkasse

Formblatt PTV 2 im Dreifachsatz

- Original ist für die Krankenkasse bestimmt
- erste Durchschrift für den Gutachter
- zweite Durchschrift für den Therapeuten

Muster 7

Überweisung zur Abklärung somatischer Ursachen an einen Vertragsarzt zur Erstellung des Konsiliarberichts vor Aufnahme einer Psychotherapie

Bei Vertragspsychotherapeuten zusätzlich erforderlich

Muster 22

Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer Psychotherapie durch einen PPT oder KJPT

Konsiliarbericht im Vierfachsatz

- Original ist für den Therapeuten bestimmt
- erste Durchschrift für den Gutachter
- zweite Durchschrift zum Verbleib beim Konsiliararzt
- dritte Durchschrift für die Krankenkasse

PTV 3

Leitfaden zum Erstellen des Berichts an Gutachter (Verfahrensübergreifend für alle erforderlichen Berichte an den Gutachter verwendbar)

PTV 4 (PTV 4 wird von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt)
Auftrag der Krankenkasse zur Begutachtung

Folgende Unterlagen sind beizufügen:

- Formblatt PTV 5 im Dreifachsatz
- ein Freiumschlag für die Rücksendung der Unterlagen
- verschlossener Briefumschlag (PTV 8) des Therapeuten an die Krankenkasse

PTV 5 (PTV 5 wird von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt)
Stellungnahme des Gutachters

Formblatt PTV 5 im Dreifachsatz

- Original ist für den Therapeuten bestimmt
- erste Durchschrift für den Gutachter
- zweite Durchschrift für die Krankenkasse

Die Stellungnahme bekommt der Psychotherapeut direkt vom Gutachter (PTV 5a).

PTV 8

Neutraler Briefumschlag zur Weiterleitung des Berichts oder Ergänzungsberichts (PTV 3), zur Versendung des PTV 2b, gegebenenfalls des Konsiliarberichts nach Muster 22b (jeweils erste Durchschrift für den Gutachter), sowie ergänzender Befundberichte an den Gutachter

PTV 10

Allgemeine Patienteninformation „Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung“

PTV 11

Individuelle Patienteninformation

(im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde)

Formblatt PTV 11 im Zweifachsatz

- Eine Ausfertigung für den Versicherten
- Eine Ausfertigung für den Therapeuten

PTV 12

Anzeige der Akutbehandlung

Formblatt PTV 12 im Zweifachsatz

- Eine Ausfertigung für die Krankenkasse
- Eine Ausfertigung für den Therapeuten

Zum 1. Juli 2020 ist der Formulareteil zur Anzeige der Beendigung einer Psychotherapie im PTV 12 entfallen. Künftig wird das Therapieende mittels der Praxissoftware übermittelt.

Für die Beendigung einer Psychotherapie **ohne** anschließende Rezidivprophylaxe wird die GOP 88130 eingetragen, für die Beendigung **mit** anschließender Rezidivprophylaxe die GOP 88131.

Abrechnung ohne/vor der Genehmigung

Behandlungen mit genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen können erst erbracht werden, wenn die Bewilligung der Krankenkasse vorliegt.

Dies bedeutet, dass erst nach Erteilung der Bewilligung mit einer Richtlinien-therapie begonnen werden kann.

Die Psychotherapie gehört zu den Maßnahmen der Krankenbehandlung, die einer vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse bedürfen. Dies folgt aus § 34 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie, der vorsieht, dass die „Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie“ durch die Krankenkasse auf Antrag des Versicherten erfolgt. Der Therapeut hat nach § 34 Absatz 1 Satz 2 Psychotherapie-Richtlinie vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mitzuteilen, die Indikation zu begründen und Art und Umfang der geplanten Behandlung zu beschreiben.

Allerdings steht Ihnen für Akutfälle (die nur anzeigepflichtig sind) die Psychotherapeutische Akutbehandlung zur Verfügung. Diese dient auch zur Stabilisierung von Patienten zur Vorbereitung bei Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie.

Ebenso haben Sie im Rahmen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung eine niedrighschwellige Möglichkeit, Patienten im Sinne einer behutsamen Interaktionsgestaltung anzeig-, antrags- und genehmigungsfrei an eine nachfolgende (genehmigungspflichtige) Gruppenpsychotherapie heranzuführen.

Feldkennung	Feldbezeichnung laut KVDT	Für die Abrechnung über die KV Bayerns
4234	Anerkannte Psychotherapie	
4235	Datum des Anerkennungsbescheids	Datum des letzten Anerkennungsbescheids
4247	Antragsdatum (des Anerkennungsbescheids)	
4250	Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie	
4251	Durchführungsart der Kombinationsbehandlung	
4252	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für den Versicherten	
4253	Bewilligte GOP für den Versicherten	
4254	Anzahl der abgerechneten GOPen für den Versicherten	
4255	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für die Bezugsperson	
4256	Bewilligte GOP für die Bezugsperson	
4257	Anzahl der abgerechneten GOPen für die Bezugsperson	

Die Erfassung der Informationen im Rahmen der KVDT-Abrechnung geben Sie in die in der Tabelle genannten Feldkennungen ein.

Akutbehandlung

Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde und soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patienten, für die eine Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere ambulante, teil- oder vollstationäre Maßnahmen empfohlen werden können.

Umfang der Akutbehandlung:

- Als Einzelbehandlung kann die Akutbehandlung bis zu 24-mal à 25 Minuten oder 12-mal à 50 Minuten im Krankheitsfall (= vier Quartale) durchgeführt werden (insgesamt maximal 600 Minuten).
- Bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) kann die Akutbehandlung höchstens 30-mal (à 25 Minuten beziehungsweise 15-mal à 50 Minuten) im Krankheitsfall abgerechnet werden.
- Die Akutbehandlung ist gegenüber Krankenkassen **anzeigepflichtig, jedoch nicht genehmigungspflichtig**.
- Für die Anzeige verwenden Sie das Formular PTV 12. Es sind das Datum des Beginns der Akutbehandlung und die ICD-10-Diagnosen einzutragen.

Weiterbehandlung nach der Akutbehandlung:

Soll nach der Akutbehandlung eine Richtlinien-therapie erfolgen, sind zuvor **mindestens zwei probatorische Sitzungen** erforderlich. Die **erbrachten Stunden der Akutbehandlung** werden bei Überleitung in eine Richtlinien-therapie mit den **Stunden der Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet**.

Ist das Kontingent der Akutbehandlung nur teilweise aufgebraucht, dann muss ein Antrag auf KZT1 (beziehungsweise LZT) für die restlichen Therapieeinheiten gestellt werden. Zu beachten ist hierbei, dass eine Akutbehandlung auch in 25-Minuten Schritten erbracht werden kann. Die Anrechnung erfolgt jedoch immer in 50-Minuten-Schritten, das heißt in „Therapieeinheiten.“

Beispiel: 8 „Stunden“ Akutbehandlung = 8 Therapieeinheiten = 16 x GOP 35152

Demnach können weiter vier Therapieeinheiten beantragt werden. Ist das Kontingent der Akutbehandlung aufgebraucht, so

kann direkt ein Antrag auf KZT2 gestellt werden. Eine gleichzeitige Antragsstellung von KZT1 und KZT2 ist nicht möglich.

Hinweis: Eine Anrechnung der Stunden der Akutbehandlung auf das Kontingent der Kurz- beziehungsweise Langzeittherapie erfolgt nur innerhalb des Krankheitsfalls.

Mit Änderungsbeschluss zur Psychotherapie-Vereinbarung zum 15. April 2019 wurde die Akutbehandlung detaillierter geregelt. Ausgeschlossen sind künftig Akutbehandlungen parallel zu einer Richtlinien-therapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie.

Auch die Durchführung einer Akutbehandlung innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien-therapie ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Ausnahmen können beispielsweise vorliegen, wenn sich wesentliche Änderungen in den Krankheitsumständen des Patienten ergeben haben. Mit den Regelungen wird die in der Psychotherapie-Richtlinie niedergelegte Indikation für eine Akutbehandlung für die Durchführung klarer gefasst.

Altersgrenze für Kinder und Jugendliche (Richtlinien-Psychotherapie)

Im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie sind **Kinder unter 14 Jahre alt. Jugendliche sind 14 Jahre, aber noch keine 21 Jahre alt**. Ausnahmsweise ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine **vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann.

Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene.

Bis zu welcher Altersgrenze kann ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Patienten (psychotherapeutisch) behandeln?

Kinder und Jugendliche sowie Heranwachsende können bis zur Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung behandelt werden.

Bis zu welcher Altersgrenze kann ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Patienten behandeln?

Bis zum **vollendeten 21. Lebensjahr**. Er kann aber eine vor dem 21. Lebensjahr begonnene psychotherapeutische Behandlung abschließen.

Ab welcher Altersgrenze kann ein Psychologischer Psychotherapeut im Regelfall Patienten behandeln?

Bei vorliegender Genehmigung für die Personengruppe:

- Erwachsene: ab dem vollendeten **18. Lebensjahr**
- Kinder- und Jugendliche: Bis zum **vollendeten 21. Lebensjahr** beziehungsweise bei Jugendlichen eine begonnene psychotherapeutische Behandlung, die erst nach Vollendung des 21. Lebensjahr abgeschlossen werden kann
- Bei Vorliegen beider Genehmigungen: Kinder- und Jugendliche und Erwachsene **durchgängig**

Hinweis: Kinder- und Jugendpsychiater können **alle** GOPen des Kapitels 14 (GOPen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr abrechnen, nicht nur die Grundpauschalen.

(Erneute) Antragstellung

Liegen nach Abschluss einer Therapie und einer erforderlichen erneuten Kurzzeittherapie **noch keine zwei Jahre** zwischen dem anzeigepflichtigen Abschluss der Therapie und dem Zeitpunkt der erneuten gutachterpflichtigen Antragstellung, müssen gegebenenfalls erneut Psychotherapeutische Sprechstunden und bei **Erwachsenen zwei bis vier** beziehungsweise bei **Kindern und Jugendlichen sowie Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) zwei bis sechs** probatorische Sitzungen abgehalten werden.

Vor probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinien-therapie ist die Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden für den Patienten verpflichtend. Das heißt, **dass im Quartal der ersten Behandlung** und/oder **den drei vorherigen Quartalen** insgesamt **mindestens 50 Minuten** von Ihnen selbst oder einem anderen Therapeuten erbracht wurden und dies vom Patienten mit dem Formblatt PTV 11 nachgewiesen wird.

Wenn die beantragte Psychotherapie beim ersten Psychotherapeuten noch nicht abgeschlossen ist und der Patient die Therapie bei ihm nicht zu Ende bringen will, können die Krankenkassen verlangen, dass der zweite Psychotherapeut einen **Abschlussbericht** beim ersten Psychotherapeuten anfordert, den der zweite Psychotherapeut dann seinem Antrag in einem verschlossenen Umschlag für den Gutachter beilegen muss.

Hinweis: Vielfach wird aufgrund der „Zwei-Jahres-Regelung“

(Psychotherapie-Vereinbarung § 11 Absatz 4 Satz 7) die Auffassung vertreten, dass eine Neubeantragung einer Psychotherapie erst nach Ablauf von zwei Jahren nach Beendigung einer Psychotherapie möglich ist. Dies ist so nicht richtig. Eine (Neu-) Beantragung einer Psychotherapie ist auch dann möglich, wenn eine Indikation gemäß Abschnitt D 1 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegt und das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 70 SGB V (ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend) beachtet wurde.

- Eine **Kurzzeittherapie ist gutachterpflichtig**, wenn die Kurzzeittherapie **innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Therapie** beantragt wird.
- Der Umfang der von der Krankenkasse bewilligten Therapieeinheiten ist zwingend einzuhalten.
- Stellt sich während der **Kurzzeittherapie KZT 2** heraus, dass die beantragten Sitzungen nicht ausreichend sind, ist **spätestens mit der achten Therapieeinheit** der KZT 2 die Überführung in eine Langzeittherapie zu beantragen.
- Eine Abrechnung über die vorgesehenen höchstens 24 Stunden (KZT 1 und KZT 2) hinaus ist hier ebenso wenig vorgesehen, wie eine anschließende Weiterbehandlung des Patienten unter erneuter Abrechnung von probatorischen Sitzungen.
- Bereits erfolgte Vergütungen für Leistungen über den Genehmigungsumfang hinaus können im Rahmen von Plausibilitätsprüfungen zurückgefordert werden.

Ausstellung von Arbeitsunfähigkeit

Beim Ausstellen von Arbeitsunfähigkeit handelt es sich um eine vertragsärztliche Leistung und ist somit durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht zulässig.

Behandlungsfrequenz

Die maximale Behandlungsfrequenz ist in der Psychotherapie-Richtlinie (§ 23 Absatz 1) festgelegt und umfasst in der Woche maximal drei Behandlungsstunden. Dies ist bei der Antragstellung anzugeben. Die Entscheidung trifft die Krankenkasse.

Es kann sich allerdings bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung als notwendig erweisen, gegebenenfalls einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen. Ziel ist es, eine größere Effektivität der Therapie

zu gewährleisten. Der entsprechende Abschnitt darf aber nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen.

Die Notwendigkeit einer abschnittswisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen.

Berichtspflicht

Es besteht keine **Berichtspflicht** an den Hausarzt durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen psychotherapeuten wie auch durch ärztliche Psychotherapeuten für die Leistungen des „**Kapitel 35.1 – Nicht antragspflichtige Leistungen**“. Die Berichtspflicht (Bericht oder Brief) an den Hausarzt (GOPen 01600, 01601) ist erfüllt, wenn **zu Beginn und nach Beendigung** einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall (aktuelles Quartal und die drei nachfolgenden Quartale) bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Brief oder Bericht erstellt und versendet wird für Leistungen nach „**Kapitel 35.2 – Antragspflichtige Leistungen**“. Ausführliche Informationen finden Sie in der B€GO und im EBM in den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4.

Bezugspersonen

Bei der **Behandlung von Kindern und Jugendlichen** ist es oft notwendig, Gespräche unter psychodynamischen beziehungsweise verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten unter Einbeziehung von Bezugspersonen in das Therapiekonzept zu führen. In der **Begründung** zum Antrag ist **anzugeben**, ob und in welchem Umfang eine solche Einbeziehung von Bezugspersonen als notwendig angesehen wird.

Bei Einbeziehung von Bezugspersonen soll bei der vorgesehenen Stundenzahl **ein Verhältnis von 1:4** zur Stundenzahl der Behandlung des Patienten möglichst nicht überschritten werden. Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugsperson therapeutisch geboten, **ist dies zu begründen**. Die genehmigten Stunden für die Einbeziehung der Bezugspersonen sind der Stundenzahl des Patienten hinzuzurechnen.

Die Einbeziehung der Bezugsperson beziehungsweise Bezugspersonen kann auch in Gruppen durchgeführt werden.

Bei **Kindern und Jugendlichen** besteht die Möglichkeit, auch Bezugspersonen **aus dem sozialen Umfeld mit einzubeziehen**.

Dies können beispielsweise **Großeltern, Betreuungspersonen in Kindertagesstätten und Lehrer** sein.

Auch die Einbeziehung von Bezugspersonen bei **Erwachsenen** ist zwar bei allen drei Richtlinien-Verfahren grundsätzlich möglich, es gibt dafür jedoch keine zusätzlichen Stundenkontingente.

Hinweis: Bei der Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung (ICD-10-GM: F70-F79) kann es zur Erreichung des Therapieziels notwendig sein, relevante Bezugspersonen einzubeziehen.

Auch in diesem Fall soll die für die Einbeziehung vorgesehene Anzahl der Einheiten ein **Verhältnis von 1:4** zur Anzahl der Einheiten für die Behandlung des Patienten möglichst nicht überschreiten. Die für die Bezugsperson(en) genehmigte Anzahl der Einheiten ist der Anzahl der Einheiten des Patienten hinzuzurechnen.

Ein Einbeziehen der Bezugsperson(en) ohne eine in denselben Zeitabschnitt fallende Behandlung des Patienten ist nicht zulässig.

Biofeedback-Behandlung keine GKV-Leistung

Die Biofeedback-Behandlung ist seit dem Quartal 4/2015 in den Anhang 4 des EBM (Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen) aufgenommen. Damit wird klargestellt, dass es sich bei der Biofeedback-Behandlung um keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Diagnosekodierung

Alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu kodieren, zum Beispiel auf Abrechnungsunterlagen. Die Kodierung erfolgt nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, ICD-10-GM.

Die exakte Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen ist wichtig, um die Morbidität in Deutschland möglichst genau bestimmen zu können. Sie ist ein entscheidendes Kriterium dafür, wie viel Geld die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante Versorgung zur Verfügung stellen müssen.

Aktuell stellt das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation – DIMDI – die ICD-10-GM-Version zur Kodierung von Diagnosen jährlich zur Verfügung. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung hat auf dieser Grundlage Thesauren mit den häufigsten Diagnosen der Fachgruppen erstellt. Die Thesauren können als Kitteltaschenversion und als Schreibtischauflage von der Internetseite des Zentralinstituts unter www.zi.de heruntergeladen beziehungsweise ausgedruckt werden. Für die psychotherapeutische Versorgung stehen die Thesauren „Psychologische Psychotherapie“ sowie „Psychosomatik/ärztliche Psychotherapie“ zur Verfügung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ebenfalls ihr Suchinstrument für Kodierungsschlüssel aktualisiert und mit neuen Funktionen ausgestattet. Der „ICD-10-Browser“ ermöglicht neben einer hausarzt- nun auch eine facharztspezifische Suche nach Codes. Damit ist es möglich, die Codes in einem Diagnose-spektrum zu suchen, das auf den jeweiligen Behandlungsschwerpunkt zugeschnitten ist. Sollte sich dort kein passender Code finden, kann man weiterhin in der gesamten ICD-10-GM-Systematik suchen. Beide Funktionen stehen ebenfalls zur Einbindung in das Praxisverwaltungssystem (PVS) zur Verfügung.

Doppelstunden

1. Im Rahmen der **tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie** können Behandlungen als Einzeltherapie des **Indexpatienten*** bei einem Setting im Sinne der **intensiven Einbeziehung** des Partners/der Familie auch in Doppelstunden durchgeführt werden.

Bei der Psychotherapie von Erwachsenen mit Ausnahme von Menschen mit einer geistigen Behinderung (ICD F70-F79) werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.

2. Bei Einbeziehung von **Bezugspersonen** wird die Anzahl der von den Krankenkassen genehmigten Sitzungen nicht vermehrt, es können aber zwei Sitzungen am Tag abgerechnet werden. Das Setting der Sitzungen kann damit flexibler gestaltet werden.

*Die Sitzungen sind in der Quartalsabrechnung im **freien Begründungstext (FK 5009)** mit der Erklärung der Umstände, die zur Doppelstunden-Abrechnung geführt haben, in Stichpunkten anzugeben.

eTerminservice – Meldung freier Termine

Fast alle ärztliche Gruppen, an die die Terminservicestelle (TSS) vermitteln kann, sind verpflichtet, freie Termine zu melden. Dies betrifft auch Psychotherapeuten.

Aufgrund der stetig steigenden Anzahl der zu vermittelnden Termine und um den Anforderungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes gerecht zu werden, führte die KBV die neue Online-Anwendung „eTerminservice“ (eTS) ein.

Der eTS hilft, Abläufe in der Praxisorganisation zu digitalisieren, wie zum Beispiel die Meldung freier Termine an die TSS. Diese sucht dann unter anderem auch über den eTS freie Termine für Patienten.

Um den eTerminservice zu nutzen, wird lediglich ein Zugang zum Sicheren Netz der KVen beziehungsweise zur Telematikinfrastruktur (TI) und ein aktueller Browser mit aktiviertem JavaScript benötigt.

Die Anwendung ist unter „Meine KVB“ als eigene Kachel zu finden. Um Termine möglichst passgenau zu melden, sind unter dem Menüpunkt „Terminprofil“ bereits Profile voreingestellt. So besteht die Möglichkeit, eine voreingestellte Terminart wie die Psychotherapeutische Sprechstunde anzuklicken.

Weitere Informationen zu den Systemvoraussetzungen und zur Anmeldung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/it-online-services-ti/116117-terminservice.

Hinweis:

Die Meldung freier Termine kann ausschließlich über den eTerminservice erfolgen.

Expositionsbehandlung

Als Expositionsbehandlung (auch Konfrontationsbehandlung) wird eine psychotherapeutische Intervention aus dem Bereich der **Verhaltenstherapie** bezeichnet. Das grundlegende Prinzip dieser Behandlungsmethode ist die Konfrontation mit angstauslösenden Reizen. Solche Reize können soziale Situationen/soziale Phobien (zum Beispiel Kaufhäuser, U-Bahnen oder Busse)

oder einzelne Reize (zum Beispiel Spinnen, große Höhe) oder auch Panikstörungen sein.

In der Expositionsbehandlung konfrontiert der Patient sich unter Anleitung des Psychotherapeuten mit den für ihn spezifisch angstausslösenden Reizen.

Expositionsbehandlungen können in der **Verhaltenstherapie** zum Beispiel in drei oder vier zusammengefassten Einheiten (Behandlungs-Blöcke) bei bestimmten Indikationen (zum Beispiel bei Patienten mit Ängsten oder Zwängen) in Ansatz gebracht und abgerechnet werden.

Expositionsbehandlungen sind bei der Krankenkasse zu beantragen (PTV 2) und in der Abrechnung besonders zu kennzeichnen (Feldkennung 5009).

EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)

Zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung steht eine weitere psychotherapeutische Methode zur Verfügung. Vor allem Patienten, die durch Ereignisse wie Vergewaltigung, Krieg, Entführung oder Missbrauch traumatisiert sind, profitieren davon. Auch bei der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen wie Unfällen oder der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit kann EMDR angezeigt sein.

- Die Anwendung setzt Erfahrungen mit Traumapatienten und eine Qualifikation für die Methode EMDR voraus.
- Die Methode ist nur von Vertragsärzten/-psychotherapeuten durchführbar, die die Voraussetzungen nach der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen und über eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.

Hinweis: Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die bereits über eine Genehmigung für Verhaltenstherapie beziehungsweise tiefenpsychologische Psychotherapie beziehungsweise analytische Psychotherapie beziehungsweise Systemische Therapie als Einzelbehandlung bei Erwachsenen verfügen, können einen „Kurzantrag“ stellen. Das Antragsformular finden Sie unter www.kvb.de/Mitglieder/Praxisfuehrung/Service unter *Sammlungen/Anträge, Formulare und Vordrucke/Buchstabe „P“/Psychotherapie/Genehmigung Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*.

Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die noch nicht über diese Genehmigung verfügen, verwenden bitte die Formulare **„Genehmigungsantrag ärztlicher Psychotherapeut“** beziehungsweise **„Genehmigungsantrag Psychologischer Psychotherapeut“**.

- EMDR kann als Methode im Rahmen eines Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Systemischen Therapie bei Erwachsenen angewendet werden.
- Da EMDR derzeit nur bei der Therapie von Erwachsenen als Methode anerkannt ist, kann sie zulasten der GKV beziehungsweise im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie und –Vereinbarung nur von ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden, **nicht aber von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**, auch nicht, wenn diese Patienten behandeln, die das 18. Lebensjahr schon vollendet haben, aber von ihrem Entwicklungsstand noch als Jugendliche anzusehen sind.
- Therapiestunden im Zusammenhang mit EMDR können gegebenenfalls auch als Doppelsitzung erbracht werden. Dies ergibt sich aus § 11 Absatz 14, Satz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung „...bei Anwendung besonderer Methoden“, dazu zählt auch EMDR. Jedoch sollte dies nicht die Regel sein. Für die Abrechnungsbearbeitung ist in diesem Fall ein Hinweis im freien Begründungstext (FK 5009) mit Begründung „EMDR“ beim zweimaligen Ansatz, zum Beispiel der GOP 35401, hilfreich.

Da die Methode stets in ein Gesamtkonzept integriert sein soll, gibt es **keine eigene Gebührenordnungsposition** im EBM. Es wird über die entsprechende Richtlinien-Therapie abgerechnet.

Genehmigungsantrag

Je nach Indikationsstellung wird festgelegt, ob ein Antrag auf Kurzzeit- oder Langzeittherapie gestellt wird. Dem Antrag des Patienten (PTV 1) ist eine Begründung des Psychotherapeuten für die beantragte Therapie (PTV 2) beizufügen.

- Die Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) ist spätestens nach zwölf Therapieeinheiten und die Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) spätestens nach weiteren zwölf Therapieeinheiten abzuschließen.
- **Spätestens mit der achten Therapieeinheit der Kurzzeittherapie 2** ist eine Überführung von Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie mit Begründung zu beantragen.

Nachfolgend stellen wir Ihnen beispielhaft die einzelnen Bewilligungsschritte der verschiedenen Therapieformen dar.

Erläuterungen zu den Bewilligungsschritten für Einzeltherapie/Gruppentherapie bei Kindern (K) und Jugendlichen (J)

Die vorgesehene Anzahl von Therapieeinheiten für die Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung (ICD-10-GM: F70-F79) soll möglichst nicht überschritten werden. Die in diesem Verhältnis **bewilligte Anzahl der Therapieeinheiten** im Verhältnis von 1:4 (25 Prozent) zur Anzahl der Therapieeinheiten des Versicherten ist der **Anzahl der Therapieeinheiten** für die Behandlung der Versicherten **hinzuzurechnen**. Wird eine höhere Anzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen als geboten angesehen, ist dies im Bericht an den Gutachter zu begründen.

Wird hierfür eine höhere Anzahl bewilligt, so **reduziert sich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung des Versicherten** entsprechend. Die Einbeziehung der Bezugspersonen kann auch in Gruppen durchgeführt werden.

Übersicht der Bewilligungsschritte bei Erwachsenen

				Bewilligungsschritte für Einzeltherapie/ Gruppentherapie bei Erwachsenen (Gruppentherapie ist nicht gutachterpflichtig)			
				Schritt 1	Schritt 2	Erläuterungen	
Sprechstunde 2 x 25 Minuten maximal 150 Minuten (6 x 25 Minuten) bei Erwachsenen im Krankheitsfall	Akutbehandlung nach mind. 50 Minuten Sprechstunde			bis zu 12 Stunden anzeige- pflichtig*		Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden Kurzzeittherapie zu verrechnen.	
			Kurzzeittherapie	bis zu 12 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig	Kurzzeittherapie gilt nach dreiwöchiger Frist auch ohne Bescheid als bewilligt; Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachterpflichtig.	
	Probatorik <ul style="list-style-type: none"> ■ nach mindestens 50 Minuten Sprechstunde oder einer Akutbehandlung ■ Verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie ■ 2 bis 4 Stunden für Erwachsene 		Langzeittherapie	Verhaltens- therapie (VT)	bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	Ein begrenzter Anteil noch nicht in Anspruch genommener Sitzungen aus dem Langzeitkontingent kann zwei Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Angabe im Antrag erforderlich).
				Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 100/80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
				Analytische Psychotherapie (AP)	bis zu 160/80 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 300/150 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
				Systemische Therapie (ST)	bis zu 36 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 48 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (zum Beispiel Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatungsstelle)							

*Für die Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Patienten mit einer Intelligenzstörung (Diagnose F70 - F79) bis zu 15 Stunden bei Einbeziehung einer Bezugsperson (anzeigepflichtig).

Übersicht der Bewilligungsschritte für Kinder und Jugendliche

Bewilligungsschritte für Einzeltherapie/ Gruppentherapie bei Kindern (K) und Jugendlichen (J) (Gruppentherapie ist nicht gutachterpflichtig)						
		Schritt 1	Schritt 2	Erläuterungen		
<p>Sprechstunde mindestens 25 Minuten maximal 250 Minuten (10 x 25 Minuten) bei Kindern und Jugendlichen im Krankheitsfall</p>	<p>Akutbehandlung nach mind. 50 Minuten Sprechstunde</p>		<p>bis zu 12 Stunden anzeige- pflichtig*</p>	<p>Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden Kurzzeittherapie zu verrechnen.</p>		
	<p>Kurzzeittherapie</p>		<p>bis zu 12 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig</p>	<p>bis zu 24 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig</p>	<p>Kurzzeittherapie gilt nach dreiwöchiger Frist auch ohne Bescheid als bewilligt; Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachterpflichtig.</p>	
			<p>Langzeittherapie</p>		<p>bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig</p>	<p>bis zu 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</p>
	<p>Verhaltens- therapie (VT)</p>	<p>K: bis zu 70/60 J: bis zu 90/60 antrags- und gutachterpflichtig</p>			<p>K: bis zu 150/90 J: bis zu 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</p>	
	<p>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)</p>	<p>K: bis zu 70/60 J: bis zu 90/60 antrags- und gutachterpflichtig</p>			<p>K: bis zu 150/90 J: bis zu 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</p>	
<p>Probatorik</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nach mindestens 50 Minuten Sprechstunde oder einer Akutbehandlung ■ Verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie ■ 2 bis 6 Stunden für Kinder und Jugendliche 		<p>Analytische Psycho- therapie (AP)</p>	<p>K: bis zu 70/60 J: bis zu 90/60 antrags- und gutachterpflichtig</p>	<p>K: bis zu 150/90 J: bis zu 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</p>		
<p>Verweis auf andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (zum Beispiel schulpyschologische Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie)</p>						

* Für die Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen 15 Stunden bei Einbeziehung einer Bezugsperson (anzeigepflichtig).

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist ein psychotherapeutisches Angebot in der Gruppe für Patienten, bei denen in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 der Psychotherapie-Richtlinie festgestellt wurde.

Sie dient der strukturierten Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie auch mit dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen und die Motivation zur Teilnahme an der Gruppentherapie aufzubauen und zu stärken.

In der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde sind beispielsweise die Förderung der Gruppenfähigkeiten, die strukturierte Vermittlung von individuell angepassten Informationen zu Diagnosen und ambulanter Psychotherapie, die Förderung von Ressourcen und Unterstützung beim Umgang mit psychischen Symptomen mögliche Ziele.

Hierzu sollen insbesondere niedrigschwellige, syndrombezogene psychotherapeutische und psychoedukative Interventionen eingesetzt werden, um im Sinne einer behutsamen Interaktionsgestaltung an die nachfolgende Gruppenpsychotherapie heranzuführen.

Voraussetzung ist eine Indikation für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung, allein oder in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie.

Um den niedrigschwiligen Zugang zu gewährleisten ist die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung **anzeige-, antrags und genehmigungsfrei**.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann **im Anschluss an die Sprechstunde bis zu vier Mal je Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten (oder 8 x 50 Minuten) durchgeführt werden, insgesamt bis zu 400 Minuten Dauer**.

Bei **Kinder- und Jugendlichenbehandlung oder bei Menschen mit geistiger Behinderung (ICD-10-GM: F70-F79) und Einbezug von Bezugspersonen sind bis zu 100 Minuten (oder 2 x 50 Minuten) zusätzlich je Krankheitsfall möglich, somit insgesamt bis zu 500 Minuten Dauer**.

Es erfolgt **keine** Anrechnung auf nachfolgende Kontingente der Richtlinien-Psychotherapie.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ersetzt aufgrund abweichender inhaltlicher Zielsetzung **nicht** die vor einer Richtlinien-Therapie notwendigen probatorischen Sitzungen.

Weitere Informationen zum Thema „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ finden Sie ab Seite 61.

Hausbesuche

Kann eine Behandlung im Rahmen der Psychotherapie in der Wohnung des Patienten stattfinden und ein Hausbesuch abgerechnet werden?

Grundsätzlich „Nein“!

Gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung finden Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie **grundsätzlich** in den **Praxisräumen des Therapeuten** statt.

Ist ein Patient nicht in der Lage, die Praxisräume aufzusuchen, muss im Antrag an die Krankenkasse vermerkt werden, dass die Sitzungen beim Patienten zu Hause durchgeführt werden müssen. Mögliche Begründungen: Patient ist bettlägerig, Patient ist gelähmt, Patient hat Angstzustände beim Verlassen der Wohnräume etc.

Für **Vertragsärzte und Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** trifft dies im gleichen Maße bei psychotherapeutischen Behandlungen zu.

Es sei denn, die Anforderung eines Hausbesuches findet aufgrund einer besonderen Ausnahmesituation des Patienten beziehungsweise im Rahmen einer **verhaltenstherapeutischen Behandlung oder wegen einer anderen Erkrankung** statt.

Beim Durchführen einer **Verhaltenstherapie** sind durch Psychologische Psychotherapeuten außerhalb der Praxis zum Beispiel bei Angstzuständen (weil sich der Patient nicht in der Lage sieht, die eigenen Wohnräume zu verlassen) folgende Leistungen abrechnungsfähig:

- Besuchsleistungen (GOPen 01410 bis 01413, 01415)
- die Wegepauschalen nach Kapitel 40 gemäß B€GO-EBM (zum Beispiel bei **Tag**: GOPen 40220, 40222, 40224 oder bei **Nacht**: 40226, 40228 oder 40230) je nach Entfernungsradius von der Praxis des Psychotherapeuten zum Wohnort des Patienten.

Probatorische Sitzungen können bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden, wenn sich eine ambulante Psychotherapie nach einer Krankenhausbehandlung anschließen soll und eine Diagnose nach § 27 der Psychotherapie-Richtlinie besteht.

In diesen Fällen können zusätzlich zu den probatorischen Sitzungen die GOPen 01410 (Besuch eines Kranken) und 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) abgerechnet werden. Diese Besuchsleistungen sind in der Abrechnung mit dem Buchstaben „K“ (01410K, 01413K) in der KVDT-Feldkennung 5001 („GNR“) zu kennzeichnen.

Für jeden Besuch nach GOP 01410 kann eine Wegepauschale nach Kapitel 40 gemäß B€GO-EBM berechnet werden.

Kassenanfragen

Ist der Vertragsarzt/-psychotherapeut verpflichtet, Auskünfte auf Anfragen der Krankenkassen zu geben?

Nach § 73 Absatz 2 SGB V und nach § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist der Vertragsarzt/-psychotherapeut verpflichtet, gegenüber den Krankenkassen Auskünfte, Bescheinigungen etc. zu erteilen, die diese zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Ob diese Auskünfte kostenfrei zu erteilen sind oder ob hierfür eine Gebühr berechnet werden kann richtet sich nach § 36 Absatz 3 BMV-Ä:

- Für schriftliche Informationen wurden Vordrucke mit den Krankenkassen abgestimmt, erstellt und diese Gebührenordnungspositionen zugeordnet (siehe zum Beispiel GOPen

01610 bis 01624), die gegebenenfalls auf einem selbst ausgestellten Behandlungsschein abgerechnet werden können.

- Wurden Vordrucke mit den Krankenkassen vereinbart, aber keine Gebührenordnungspositionen zugeordnet, so kann keine Gebühr abgerechnet werden.
- Für kurze Bescheinigungen oder Auskünfte **ohne** gutachterlichen Charakter kann **keine Gebühr**, aber Auslagenersatz (Porto) abgerechnet werden.

Kassenwechsel

Was ist zu beachten, wenn Patienten die Krankenkasse wechseln?

Wechselt ein Patient während einer laufenden Psychotherapie seine Krankenkasse, darf die Psychotherapie – unbeschadet der Regelung in § 21 Absatz 3 Bundesmantelvertrag – erst dann zu Lasten der neuen Krankenkasse abgerechnet werden, wenn der **Patient einen Antrag auf Kostenübernahme der laufenden Psychotherapie bei der jetzt zuständigen Krankenkasse gestellt hat** (gegebenenfalls mittels des Formblattes PTV 1).

Das noch **verbleibende Kontingent** der vorangegangenen Bewilligung kann vom neuen Kostenträger (Krankenkasse) **auf Antrag** übernommen werden.

Kennzeichnungspflicht

Bei der Berechnung sind die Gebührenordnungspositionen unter der Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten arztbezogen zu kennzeichnen (§ 311 Absatz 2 SGB V gemäß § 44 Absatz 6 BMV-Ä).

Das bedeutet, dass

- bei jeder abgerechneten Leistungsziffer die LANR und (N-)BSNR anzugeben sind (diese werden durch das Praxisverwaltungsprogramm automatisch hinzugefügt),
- Leistungen, die durch Praxispersonal erbracht werden, mit der **LANR des jeweils verantwortlichen Arztes** zu versehen sind,
- Leistungen, die durch genehmigte Sicherstellungsassistenten erbracht werden, mit der **LANR des Genehmigungsinhabers** zu versehen sind,

- bei sogenannter „kollegialer Vertretung“ in der Praxis des Vertreters, die **LANR und BSNR des Vertreters** anzugeben sind,
- im Falle einer praxisinternen Vertretung die Leistungen des Vertreters mit der **LANR und BSNR des zu vertretenden Arztes** zu versehen sind.

Ausführliche Informationen zur Arztnummernsystematik finden Sie im Internet unter www.kvb.de/Mitglieder/Praxisfuehrung/Service unter *Programme, Formate und Services/Merkblätter zur Abrechnung, Praxisführung und Zulassung/Abrechnung/KVB-Merkblatt-Verwendung-LANR-und-BSNR*.

Konsiliarbericht

Welche Auflagen hat ein Psychologischer Psychotherapeut beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut vor Aufnahme einer Psychotherapie zu erfüllen?

- Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können zwar unmittelbar von Patienten in Anspruch genommen werden, sind jedoch verpflichtet, diese Patienten spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinien-therapie an einen Vertragsarzt zum Ausschluss einer somatischen Erkrankung zu überweisen (Muster 7).
- Dieser **Vertragsarzt** legt das Ergebnis seiner Untersuchung in einem „Konsiliarbericht“ nieder. Hierfür ist das festgelegte einheitliche **Muster 22** zu verwenden. Die **GOP 01612** vergütet nur das Ausfüllen des Vordruckes. Die Untersuchungsleistungen sind individuell je nach Notwendigkeit im Einzelfall berechenbar.
- Der **Konsiliararzt** (Vertragsarzt) hat den Konsiliarbericht (Muster 22) nach Anforderung durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß der Psychotherapie-Richtlinie nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen. Der Bericht ist zeitnah, **spätestens nach drei Wochen** nach der Untersuchung dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu übermitteln.
- Zur Abgabe des Konsiliarberichts und damit zur Abrechnung der GOP 01612 sind alle Vertragsärzte **mit Ausnahme der folgenden Arztgruppen** berechtigt: Laborärzte, Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen, Nuklearmediziner, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner und Humangenetiker.

Abweichend hiervon sind zur **Abgabe eines Konsiliarberichts** vor einer psychotherapeutischen Behandlung von **Kindern** (bis zum vollendeten 12. Lebensjahr) folgende Vertragsärzte berechtigt:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Hausärzte
- Internisten

Hinweis:

Im **Hausärztlichen Versorgungsbereich (Kapitel 3)** und im **Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin (Kapitel 4)** ist die GOP 01612 in der Versichertenpauschale beinhaltet und als solche **nicht eigenständig berechnungsfähig**.

- Der Konsiliararzt übersendet dem Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Muster 22a und 22b des Konsiliarberichts, Muster 22d wird vom Konsiliararzt **direkt an die Krankenkasse** des Patienten übersandt (Berechnung von Portokosten ist möglich). Muster 22c verbleibt beim Konsiliararzt. Weitere Informationen finden Sie in der Psychotherapie-Richtlinie unter Abschnitt F § 32 Konsiliarverfahren.
- Ist eine Psychotherapie nach Auffassung des Konsiliararztes kontraindiziert und wird dennoch ein entsprechender Antrag auf Psychotherapie gestellt, so veranlasst die Krankenkasse eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.
- Andere Gutachten, Krankenhausentlassungsberichte etc. können den Konsiliarbericht nicht ersetzen.
- Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können die GOP 01612 nicht abrechnen.

Der Konsiliararzt kann seinen Durchschlag (Muster 22d) direkt an die Krankenkasse senden. Schickt er den Durchschlag aber an den Psychotherapeuten, legt dieser den Durchschlag dem Antrag auf Psychotherapie an die Krankenkasse bei.

Obergutachter/jetzt Zweitgutachter

Das Obergutachterverfahren wurde mit Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung zum 15. April 2019 in ein Zweitgutachterverfahren überführt. Nähere Informationen zum Zweitgutachter finden Sie auf Seite 49 unserer Broschüre. Von den zuständigen Krankenkassen sind nur dann Zweitgutachten einzuholen, wenn der Erstgutachter die beantragte Psychotherapie abgelehnt (siehe Psychotherapie-Vereinbarung § 13 Absatz 3) und **der Versicherte** gegen diese Ablehnung **Widerspruch eingelegt** hat.

Nach Aufforderung durch die Krankenkasse stellt der behandelnde Therapeut der Krankenkasse einen in freier Form erstellten Ergänzungsbericht sowie alle bisherigen Unterlagen zum vorherigen Gutachten vollständig im verschlossenen Briefumschlag PTV 8 zur Verfügung.

Hierzu gehören insbesondere auch Kopien der Berichte an den Gutachter gemäß Leitfaden PTV 3, der Stellungnahmen des vorherigen Gutachters, der ausgefüllten Formblätter PTV 2 der Anträge sowie gegebenenfalls des Konsiliarberichts.

Zum Zweitgutachten ist eine ausführliche Stellungnahme auf dem Formblatt PTV 5 oder einer Anlage zu erstellen und diese ist als Kopie auch dem vorherigen Gutachter zur Verfügung zu stellen.

Onlinebasierte Interventionen

Siehe „Videosprechstunde“ (Psychotherapeutische Leistungen per Video), ab Seite 47.

Patientenquittung

Gesetzlich versicherte Patienten können vom Psychotherapeuten einen schriftlichen Beleg, das heißt eine **Patientenquittung** über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten verlangen (§ 305 Absatz 2 SGB V).

Der Begriff „Patientenquittung“ ist insofern irreführend, als weder eine Rechnung ausgestellt, noch eine Zahlung des Patienten quittiert wird. Vielmehr handelt es sich um eine

Information für den Patienten über die in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Der Patient entscheidet, ob dies direkt im Anschluss an die Behandlung (stichtagsbezogen) oder am Ende des Behandlungsquartals (quartalsbezogen) geschieht.

Patientenunterlagen – Einsichtnahme durch Herausgabe an Patienten oder Kollegen

- Der Patient hat das Recht, in sämtliche ihn betreffende Behandlungsunterlagen und Dokumentationen Einsicht zu nehmen, soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen und hiervon – gegen Erstattung der Auslagen – Kopien fertigen zu lassen (§ 630g BGB).
- Im Fall der Anforderung von Krankenunterlagen durch einen Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten ist eine – aus Beweisgründen möglichst schriftliche – Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten erforderlich.

Die Einverständniserklärung finden Sie als Vordruck im Internet unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „D“/Datenschutz*. Weitere Informationen zur Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) finden Sie ebenfalls unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/pflichten/datenschutz-in-der-praxis.

Plausibilitätsprüfung von psychotherapeutischen Leistungen

Die gesetzlich vorgeschriebenen Plausibilitätsprüfungen nach § 106d SGB V sind grundsätzlich durchzuführen, wenn bestimmte Aufgreifkriterien erfüllt werden. Dabei gilt, dass jede Praxis zu prüfen ist, wenn eines der nachfolgenden Aufgreifkriterien erfüllt ist:

- **Zeitvolumen**
Über die erbrachten Leistungen an GKV-Versicherten wird eine Zeitauswertung vorgenommen. Zu diesem Zweck wird anhand der im Anhang 3 zum EBM hinterlegten Prüfzeiten eine Zeitauswertung über die erbrachten Leistungen erstellt.

Maßgeblich für die Beurteilung ist die für die zu prüfenden Quartale jeweils gültige Fassung.

■ Quartalarbeitszeiten

Die Leistungen werden auf Plausibilität geprüft, wenn bei der Zeitauswertung eine auffällig hohe Stundenzahl (>780 Stunden pro niedergelassenem Vertragsarzt beziehungsweise Psychotherapeuten oder pro in der Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestelltem Arzt) im Quartal festgestellt wird. Bei in Teilzeit tätigen Ärzten ist dabei der Faktor des insgesamt genehmigten Tätigkeitsumfangs anzuwenden.

■ Tagesarbeitszeit

Die Tätigkeit jedes einzelnen Mitglieds, dem eine LANR zugeteilt wurde, gilt als auffällig, wenn an einer bestimmten Anzahl von Tagen Leistungen abgerechnet werden, die einem auffällig hohen Zeitaufwand pro Tag (> zwölf Stunden an mindestens drei Tagen im Quartal) entsprechen.

■ Zeiterfassung

Für die Beurteilung der persönlichen Arbeitszeit eines Arztes sind sämtliche ihm zuzuordnenden Zeiten maßgeblich. Dies gilt sowohl für die Quartals- als auch die Tagesarbeitszeit.

■ Berücksichtigte Besonderheiten

- Arbeitszeiten an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen
- Leistungen im organisierten Notfalldienst, die auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechnet werden, Leistungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis sowie – bei Belegärzten – Visiten. Anhang 3 zum EBM kennzeichnet darüber hinaus die behandlungsfall- und krankheitsfallbezogenen ärztlichen Leistungen, die nicht dem Tageszeitprofil unterliegen.
- Assistenten, angestellte Ärzte/-therapeuten in der Praxis oder von Medizinischen Versorgungszentren, Job-Sharing-Partner und Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung werden mit ihrem tatsächlichen beziehungsweise ihrem maximal zulässigen Arbeitsumfang in die Berechnung der Gesamtarbeitszeit einbezogen.

Fazit:

Auch bei Überschreitung der Aufgreifkriterien besteht kein Grund, erbrachte Leistungen nicht zur Abrechnung zu bringen. Wer korrekt abrechnet und in der Lage ist, die Vollständigkeit der zur Abrechnung gebrachten Leistungen durch entsprechende Dokumentation nachzuweisen, kann einer eventuellen Plausibilitätsprüfung gelassen entgegensehen.

Psychoonkologie

Wann kann ein Vertragsarzt/-psychotherapeut am Disease Management Programm (DMP) im Rahmen der Psychoonkologie teilnehmen?

Folgende Anforderungen gelten für Vertragsärzte/-psychotherapeuten mit einer abgeschlossenen Aus- beziehungsweise Weiterbildung:

Nachweis einer Fortbildung innerhalb der letzten fünf Jahre, die folgende Inhalte umfasst:

- Grundlagen der Psychosomatik von Brustkrebspatientinnen
- Grundkenntnisse der psychischen Störungen bei Brustkrebspatientinnen
- Diagnostik und Screening dieser Störungsbilder
- Basiskenntnisse in der psychoonkologischen Therapie

Erfüllung der Anforderungen aus Anlage K zum Gesamtvertrag gemäß § 83 SGB V (Auszug):

- Nachweis einer Fachfortbildung innerhalb der letzten fünf Jahre (Nachreichen innerhalb eines Jahres nach Beginn der Teilnahme am DMP Brustkrebs ist möglich)
- aktive (in der Klinik aufsuchende) Beziehungsaufnahme durch den Psychotherapeuten
- kurzfristige Erreichbarkeit und Flexibilität in der Termingestaltung
- Verknüpfung von stationärer und ambulanter Betreuung
- Bereitschaft zur Kooperation mit den onkologischen Behandlern und koordinierenden Ärzten
- eingehende Kenntnisse über
 - die somatische Erkrankung
 - medizinische Behandlung und Nebenwirkungen
 - die sozialrechtlichen Bedingungen

Wie kann ich als Psychotherapeut am DMP Brustkrebs teilnehmen?

Screening der psychischen Belastung

Im DMP Brustkrebs wird ein einfaches Eingangsscreening-Instrument – der HADS-Test (Abrechnungsnummer 92697A) – zur Erhebung des Ausmaßes der psychischen Belastung verbindlich eingeführt. Dieser Test soll allen Patientinnen zu Beginn der Behandlung vorgelegt werden. In der ambulanten Nachsorge beziehungsweise Behandlung führt der koordinierende Arzt das Standard-Screening im Rahmen der Gespräche durch.

Er erhebt im Begleitgespräch während der kritischen Krankheitsphasen (Initial, Ende der Primärtherapie, Rezidiv, Metastasierung) – mindestens aber einmal jährlich – Belastungsfaktoren und ermittelt anhand des Screening-Fragebogens Hinweise auf eine psychische Störung sowie den daraus resultierenden Betreuungsbedarf.

Finden sich im Gespräch oder in den Screening-Fragebögen Hinweise auf eine erhöhte Belastung, empfiehlt der koordinierende Arzt die weitere psychoonkologische klinisch-psychotherapeutische Diagnostik durch den ambulanten psychotherapeutischen Spezialisten. Dieser kann gegebenenfalls auch kurzfristig eine Psychotherapie anbieten.

Die teilnehmenden Psychotherapeuten werden im Internet unter www.kvb.de im Mitgliederbereich veröffentlicht.

Der **HADS-Test** ist erhältlich bei der Testzentrale Göttingen
Herbert-Quandt-Straße 4
37081 Göttingen
Telefon: 05 51 / 9 99 50 99 9
Fax: 05 51 / 9 99 50 99 8
E-Mail: info@testzentrale.de
www.testzentrale.de

Der „koordinierende Arzt“, der die Behandlung der Patientin während der ganzen Behandlung über Jahre hinweg steuert, beurteilt mit Hilfe eines Screening-Tests (HADS) die Patientin hinsichtlich ihres psychischen Befindens. Stellt er dabei fest, dass die Patientin möglicherweise eine psychotherapeutische Behandlung benötigt, überweist der koordinierende Arzt die Patientin an den ärztlichen beziehungsweise psychologischen Psychotherapeuten zur weiteren Diagnostik und Veranlassung.

Ein wesentlicher Bestandteil im DMP-Brustkrebsvertrag ist der Schwerpunkt der Nachsorge.

Ziel ist, die Patientinnen dabei zu unterstützen, empfohlene, oft über Jahre weiterlaufende Therapien einzuhalten und mit Neben- und Folgewirkungen besser umgehen zu können. Hierbei sollen psychosomatische, psychische und psychosoziale Aspekte im Rahmen der Langzeittherapie besser berücksichtigt werden.

Für das Gespräch zur Einschätzung des aktuellen Krankheitsbildes sowie der Ermittlung des individuellen Unterstützungs-

bedarfs von Patientinnen kann die Abrechnungsnummer 92697I angesetzt werden.

Ein weiterer Inhalt der Leistung ist die allgemeine Erleichterung der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe für Patientinnen.

Die Leistungen werden vom Vertragsarzt/-psychotherapeuten im Rahmen des DMP Brustkrebs als **Auftragsleistungen** auf Überweisungsschein (Muster 6) durchgeführt.

Die Patientinnen können im Rahmen des DMP Brustkrebs mit behandelt werden, wenn eine entsprechende Überweisung als „Auftrag“ vorliegt und Sie als Psychotherapeut eine **gesondert vereinbarte Vergütung** abrechnen.

Die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des DMP Brustkrebs gilt für alle eingeschriebenen Patientinnen (AOK Bayern, Ersatzkassen in Bayern, BKK Landesverband Bayern, Knappschaft, IKK classic - ohne LKK).

Hinweis:

Zur Abrechnung der Leistungen auf **Stufe 3** (Abrechnungsnummer 92697F/92697G) – die das Aufsuchen der Patientin in der Klinik durch den niedergelassenen Psychotherapeuten umfasst – ist der **Nachweis einer psychoonkologischen Fortbildung** der PTK Bayern oder der Bayerischen Landesärztekammer oder eine vergleichbare Fortbildung erforderlich.

Informationen zur Vergütung erhalten teilnehmende Psychotherapeuten beim Start in das DMP Brustkrebs mit dem Starterpaket.

Weitergehende Informationen finden Sie im Internet unter **www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/dmp**.

Unsere Broschüre mit „Informationen zum Start in das DMP Brustkrebs“ finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/service/informationmaterial** unter „*Patientenversorgung*“

Unsere Experten zum Thema DMP beantworten gerne Ihre Fragen: E-Mail: info-dmp@kvb.de

HADS-D

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Code-Nummer: _____
 Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

<p>Ich fühle mich angespannt oder überreizt</p> <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<p>Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst</p> <input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
<p>Ich kann mich heute noch so freuen wie früher</p> <input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht	<p>Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend</p> <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft
<p>Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte</p> <input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<p>Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren</p> <input type="checkbox"/> ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> ich kümmerge mich nicht so sehr darum; wie ich sollte <input type="checkbox"/> möglicherweise kümmerge ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ich kümmerge mich so viel darum wie immer
<p>Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen</p> <input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<p>Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein</p> <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
<p>Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf</p> <input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich/nie	<p>Ich blicke mit Freude in die Zukunft</p> <input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht
<p>Ich fühle mich glücklich</p> <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens	<p>Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand</p> <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
<p>Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen</p> <input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<p>Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen</p> <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten

© für die dt. Version Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 1995/2009
 © für die englische Originalausgabe NFER Nelson, Windsor 1994
 HUBER  Bestellnummer 03 069 03

Musterexemplar HADS-Test

Psychotherapeutische Sprechstunde

Die **Psychotherapeutische Sprechstunde** ist ein Versorgungsangebot für Patienten zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung, inwieweit für sie Behandlungsbedarf besteht. In diesem Erstgespräch wird geklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Richtlinienpsychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten geholfen werden kann. Die Sprechstunden sind keine Richtlinienpsychotherapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.

- Jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine **Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss psychotherapeutische Sprechstunden anbieten**. Die Vorgabe gilt auch für Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte.
- **Pro Woche** sind in der Regel **mindestens 100 Minuten** für Sprechstunden bei **einem vollen Versorgungsauftrag – bei einem Teilversorgungsauftrag entsprechend anteilig** – zur Verfügung zu stellen.
- Die Sprechstunden können **als offene oder als Sprechstunden mit Terminvergabe** durchgeführt werden. Die Entscheidung über den organisatorischen Ablauf trifft der Therapeut selbst.
- Die Therapeuten melden ihrer zuständigen KV, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde mit oder ohne Terminvereinbarung angeboten wird.

Inanspruchnahme durch Patient

Die Sprechstunden finden im **persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt** statt, die Behandlungsdauer beträgt:

- bei **Erwachsenen** mindestens 25 Minuten, höchstens **sechsmal je Krankheitsfall** (insgesamt bis zu 150 Minuten)
- bei **Kindern und Jugendlichen** sowie **Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79)** mindestens 25 Minuten, **höchstens zehnmal im Krankheitsfall** (insgesamt bis zu 250 Minuten).
- bei **Kindern und Jugendlichen** sowie **Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79)** können die Sprechstunden im **Krankheitsfall** bis zu **viermal (insgesamt bis zu 100 Minuten) auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten** stattfinden.

- Patienten erhalten über das Ergebnis der Sprechstunde eine Individuelle Patienteninformation und eine Behandlungsempfehlung zur ambulanten Psychotherapie (PTV 11).

Weiterführende Behandlung

Im Falle einer sich anschließenden psychotherapeutischen Behandlung ist es nicht erforderlich, dass die Sprechstunden von dem Therapeuten erbracht wurden, der die Therapie durchführt.

Psychotherapeutische Sprechstunde für Patienten Pflicht

- Für den Patienten ist das Erstgespräch Pflicht.
- Erst nach Aufsuchen einer psychotherapeutischen Sprechstunde kann mit probatorischen Sitzungen, einer Akutbehandlung oder einer Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung begonnen werden.
- Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung (gemäß Psychotherapie-Richtlinie §§ 11a, 12, 13 und 15) ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer im Quartal der ersten Behandlung und/oder den drei vorherigen Quartalen.

Für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Sprechstunde ist beim Patienten weder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung noch ein Konsiliarbericht (Muster 22) erforderlich.

Hinweis:

Ohne in Anspruch genommene Sprechstunde kann mit einer Akutbehandlung, einer Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung oder mit einer probatorischen Sitzung begonnen werden,

- bei Patienten, die innerhalb der drei vorangegangenen Quartale aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung waren oder
- wenn ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat.

Quartalsabrechnung

Online-Abrechnung

Laut Beschlussfassung der KBV und gemäß § 295 Absatz 4 SGB V, § 1 Satz 3 der Richtlinien für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis hat die Einreichung der Quartalsabrechnung online zu erfolgen – die Einreichung in Papierform oder als CD/DVD, Diskette oder USB-Stick ist ausgeschlossen.

Mitgliederportal

Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist eine mitgliederzentrierte Informations- und Kommunikationsplattform zum Austausch sensibler Daten zwischen dem KVB-Mitglied und der KVB. „Meine KVB“ ist der zentrale Einstieg zu den Online-Angeboten der KVB. Durch sogenannte Kacheln mit „sprechenden“ Namen und mit zusätzlichen Funktionen ist das Mitgliederportal übersichtlich und benutzerfreundlich. Die Funktions- und Symbolübersichten helfen Ihnen dabei, sich im Mitgliederportal schnell und einfach zurechtzufinden. Um das Online-Angebot laufend zu verbessern, entwickelt die KVB das Mitgliederportal kontinuierlich weiter.

Die Auswahl der Online-Angebote erfolgt über die Kacheln auf der Startseite des Mitgliederportals. Unter jeder der farblich unterschiedlichen Kacheln verbirgt sich eine Online-Anwendung. Der Kacheltitel weist dabei bereits auf die Hauptfunktion der Online-Anwendung hin. Durch Anklicken der ausgewählten Kachel gelangen Sie zum gewünschten Online-Service.

Rezidivprophylaxe

- Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe erfolgen, wenn noch genügend Therapiekontingente zur Verfügung stehen. Ziel ist es, bei einem drohenden Rückfall, einen schnellen Zugang zum Therapeuten zu ermöglichen.
- Die Rezidivprophylaxe kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden. Die Zwei-Jahres-Frist beginnt mit der angezeigten Beendigung der Langzeittherapie und gilt unabhängig von den in diesem Zeitraum in Anspruch genommenen Leistungen der Rezidivprophylaxe.

- Vom Therapeuten ist bereits im Antrag für eine Langzeittherapie (PTV 2) anzugeben, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder dass dies zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht absehbar ist. Wichtig ist nur, dass eine Rezidivprophylaxe nicht im Vorfeld ausgeschlossen wird.

Die Obergrenze richtet sich nach der Behandlungsdauer:

- Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal acht Stunden
- Bei 60 und mehr Stunden maximal 16 Stunden
- Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) haben einen Anspruch auf erweiterte Behandlungsmöglichkeiten. Im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen können bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal zehn Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden genutzt werden.

- Für die Leistungserbringung wurden neue Kennzeichnungen eingeführt:

„R“: Kennzeichnung für Rezidivprophylaxe
(zum Beispiel 35405R)

„U“: Kennzeichnung mit Einbezug von Bezugspersonen
(zum Beispiel 35405U)

„X“: Kennzeichnung (Gruppe) bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten
(zum Beispiel 35554X)

„Y“: Kennzeichnung (Gruppe) bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten mit Einbeziehung von Bezugspersonen (zum Beispiel 35554Y)

Hinweis:

Neben einer Rezidivprophylaxe ist die parallele psychotherapeutische Behandlung nicht zulässig.

Strukturzuschlag Psychotherapie

Gibt es die Strukturzuschläge erst ab einer bestimmten Auslastung?

Den Zuschlag (GOP 35571 bis 35573) erhalten Psychotherapeuten, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (Richt-

linientherapie Abschnitt 35.2 EBM), der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlungen, der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung, der GOPen 30932 und 30933 (Neuropsychologische Therapie) sowie der GOP 37500 (KSVPsych-RL) abgerechnet haben. Damit soll gut ausgelasteten Praxen ermöglicht werden, eine Halbtagskraft zur Praxisorganisation zu beschäftigen. Dabei wird der Zuschlag unabhängig von der Anstellung einer Arbeitskraft gewährt, sobald eine festgelegte Mindestpunktzahl erreicht wird.

Müssen die Strukturzuschläge selbst in die Abrechnung eingetragen werden?

Nein. Die Strukturzuschläge werden automatisch durch die KVB zugesetzt. Die Zusetzung der Zuschläge erfolgt - unabhängig von der Erfüllung weiterer Voraussetzungen für ihre Vergütung - zu jeder abgerechneten GOP 35151, 35152, 35173 bis 35179, 35401 bis 35719, 30932, 30933 sowie 37500 EBM.

Wann ist die notwendige Mindestpunktzahl für die Vergütung der Strukturzuschläge erreicht?

Aktuell liegt die Grenze bei 182.084 Punkten je Vertragspsychotherapeut beziehungsweise Vertragsarzt im Quartal. Bei einem Vertragspsychotherapeuten/-arzt mit einem anteiligen Versorgungsauftrag reduziert sich die Mindestpunktzahl entsprechend seines Versorgungsauftrags.

Wieso werden die Strukturzuschläge quotiert?

Die Quotierung der Strukturzuschläge ist ein rein rechnerisches Verfahren, um die Vergütung der Gebührenordnungspositionen nach den Vorgaben des EBM in der Abrechnung umsetzen zu können.

Gemäß EBM werden die Zuschläge nur dann vergütet, wenn der Vertragspsychotherapeut beziehungsweise -arzt im Quartal eine bestimmte Auslastung erreicht, das heißt von diesem eine Mindestpunktzahl der zuvor genannten Leistungen abgerechnet wurde. Für die Sitzungen, die vor Erreichen der Mindestpunktzahl stattgefunden haben, wird kein Zuschlag vergütet.

Die Quote zur Bewertung der Strukturzuschläge errechnet sich individuell für jeden Vertragspsychotherapeuten/-arzt aus der Differenz seiner abgerechneten Gesamtpunktzahl für die oben genannten Grundleistungen zu der für ihn ermittelten Mindestpunktzahl im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der GOPen 35151, 35152, 35173 bis 35179, 35401 bis 35719, 30932, 30933 sowie 37500.

Beispiel 1:

Ein Psychotherapeut mit voller Zulassung hat Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, GOPen 35151, 35152, 35173 bis 35179, 30932, 30933 sowie 37500 in einer Höhe von 300.000 Punkten abgerechnet.

Mindestpunktzahl zur Vergütung der Zuschläge: 182.084

Differenz abgerechnete Punktzahl zu Mindestpunktzahl:

117.916 Punkte

Quote vergütete Zuschläge (117.916 Punkte/300.000 Punkte): 0,3930 (= 39,3 Prozent)

Beispiel 2:

Ein Psychotherapeut mit hälftiger Zulassung hat Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, GOPen 35151, 35152, 35173 bis 35179, 30932, 30933 sowie 37500 in einer Höhe von 160.000 Punkten abgerechnet.

Mindestpunktzahl zur Vergütung der Zuschläge: 182.084

Punkte x 0,5 = 91.042 Punkte

Differenz abgerechnete Punktzahl zu Mindestpunktzahl:

68.958 Punkte

Quote vergütete Zuschläge (68.958 Punkte/160.000 Punkte): 0,4309 (= 43,10 Prozent)

Wird die notwendige Mindestpunktzahl nicht erreicht, erfolgt für die zugesetzten Strukturzuschläge keine Vergütung (Wert 0,00 Euro).

Es gilt für die Vergütung der Zuschläge aber auch eine Begrenzung nach oben, das heißt ab Erreichen einer bestimmten maximalen Punktzahlgrenze im Quartal werden für die die Grenze überschreitenden Therapiestunden ebenfalls keine Zuschläge mehr vergütet.

Die KVB setzt die Zuschläge aus technischen Gründen bereits ab der ersten erbrachten Grundleistung zu und nicht erst ab Erreichen der Mindestpunktzahl. Auch bei Überschreiten der maximalen Punktzahlgrenze werden die Zuschläge weiterhin zugesetzt. Das hat zur Folge, dass mehr Zuschläge in der Abrechnung zugesetzt werden, als tatsächlich nach EBM zu vergüten sind. Deshalb werden die Zuschläge nach den GOPen 35571 bis 35573 nicht mit der Bewertung nach EBM vergütet, sondern die Punktzahl der Zuschläge muss angepasst werden. Dies erfolgt durch die Quotierung der Punktzahl der Zuschlags-GOPen. Die Quotierung hat keine Auswirkung auf das Gesamtvolumen der Vergütung der Zuschläge.

Muster

**Vergütung der Strukturzuschläge Psychotherapie
(GOPen 35571 bis 35573) gemäß Präambel 35.2 EBM - GKV**



KVB 80684 München

Praxis
Dr. med. Mustermann
Musterstraße 1
12345 Musterstadt

Betriebsstättennummer 123456789
Quartal Q/JJJJ
Datum des Honorarbescheides
Seite 1 von 1

1. Grunddaten

1.1	Abgerechnete Gesamtpunktzahl der in der Präambel zum Abschnitt 35.2 Nr. 2 EBM aufgeführten GOPen (siehe Anmerkung 1)	
1.1.1	LANR xxxxx Dr. med. Max Mustermann	xx Punkte
1.1.2	LANR yyyy Dr. med. Maria Mustermann	xx Punkte
1.2	Tätigkeitsumfang lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid	
1.2.1	LANR xxxxx Dr. med. Max Mustermann	0,00
1.2.2	LANR yyyy Dr. med. Maria Mustermann	0,00
1.3	Punktzahlgrenzen EBM	
1.3.1.	Mindestpunktzahl	182.084 Punkte
1.3.2	Maximalpunktzahl	424.862 Punkte

2. Punktzahlgrenzen je Vertragspsychotherapeut bzw. -arzt

2.1.1	LANR xxxxx Dr. med. Max Mustermann Erforderliche Mindestpunktzahl (1.2 x 1.3.1) (siehe Anmerkung 2)	xx,x Punkte
2.2.1	Doppelte Mindestpunktzahl (2.1 x 2)	xx,x Punkte
2.3.1	Maximalpunktzahl (1.2 x 1.3.2)	xx,x Punkte
2.1.2	LANR yyyy Dr. med. Maria Mustermann Erforderliche Mindestpunktzahl (1.2 x 1.3.1) (siehe Anmerkung 2)	xx,x Punkte
2.2.2	Doppelte Mindestpunktzahl (2.1 x 2)	xx,x Punkte
2.3.2	Maximalpunktzahl (1.2 x 1.3.2)	xx,x Punkte

3. Quote vergüteter Strukturzuschläge Psychotherapie (siehe Anmerkung 3)

3.1.1	LANR xxxxx Dr. med. Max Mustermann	0,00%
3.1.2	LANR yyyy Dr. med. Maria Mustermann	0,00%

- 1) Die in der Präambel zum Abschnitt 35.2 Nr. aufgeführten Gebührenordnungspositionen, die im Rahmen des Job-Sharing von Juniorpartnern bzw. angestellten Ärzten erbracht und abgerechnet werden, werden dem Seniorpartner bzw. dem anstellenden Arzt zugerechnet.
- 2) Bei Tätigkeit in Teilberufsausübungsgemeinschaften werden für die erforderliche Mindestpunktzahl 50% der Punktzahlgrenze EBM angesetzt.
- 3) Entsprechend der Höhe der abgerechneten Gesamtpunktzahl (GPZ) wurde die Quote wie folgt ermittelt:
 GPZ bis doppelte Mindestpunktzahl: $Quote = [1.1 - (1.3.1 \times 1.2)] / 1.1 \times 100$
 GPZ zwischen dpp. Mindestpunktzahl und Maximalpunktzahl: $Quote = [2.1 + (0,5 \times [1.1 - 2.2])] / 1.1 \times 100$
 GPZ größer als Maximalpunktzahl: $Quote = [2.1 + (0,5 \times [2.3 - 2.2])] / 1.1 \times 100$

Dieser Nachweis ist Bestandteil des Honorarbescheides. Es gilt die dort aufgeführte Rechtsbehelfsbelehrung.

Hierzu ein **Beispiel**: Ein Psychotherapeut in Vollzulassung erbringt 44,25 Therapiestunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Kurzzeittherapie in Einzelbehandlung (GOP 35401). Nach dem EBM sind die Strukturzuschläge erst beginnend ab der 194. Therapiestunde (= Mindestpunktzahlgrenze) zu gewähren. Die KVB setzt aus abrechnungstechnischen Gründen den Zuschlag 35571 bei der jeweiligen Grundleistung nach 35401 zu.

Für welchen Umfang sind die Strukturzuschläge berechnungsfähig?

Die Zuschläge sind berechnungsfähig für alle antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, GOPen 35151, 35152, 35173 bis 35179, 30932, 30933 sowie 37500, die nach Erreichen der Mindestpunktzahl abgerechnet werden. Bei einer vollen Zulassung wäre dies rechnerisch beispielsweise **ab der 194. Therapiestunde (Einzeltherapie)** im Quartal der Fall.

Die Zuschläge sind bis zu **einer Obergrenze berechnungsfähig (424.862 Punkte)**. Dies entspricht rein rechnerisch **beispielsweise 451 Einzelsitzungen**, sodass ab der 452. Einzelsitzung kein Zuschlag gezahlt wird.

Gibt es einen Nachweis, aus dem ersichtlich ist, welche Werte für die Ermittlung der Vergütung der Strukturzuschläge herangezogen wurden?

Über die erfolgte Vergütung der Strukturzuschläge und deren Höhe erhalten Sie einen Nachweis „Berechnung Strukturpauschalen Psychotherapie“ als Anlage zu Ihrer jeweiligen Honorarabrechnung (siehe Muster auf Seite 40).

Hinweis:

Bei Soldaten der Bundeswehr werden die Zuschläge ab der ersten Sitzung vergütet.

Hinweis:

Das Aktenverwaltungssystem SmarAkt ermöglicht Vertragsärzten und -psychotherapeuten einen schnellen Zugriff auf ihre aktuellen Abrechnungsunterlagen. Für die Nutzung der Online-Dienste der KVB erhalten Sie eine persönliche KVB-Benutzerkennung (bestehend aus Benutzername und Kennwort). Innerhalb des SmarAkt-Systems sind Ihre Honorardaten nochmals mit einer sogenannten PIN abgesichert.

Das Dokumentenarchiv SmarAkt finden Sie im Mitgliederportal der KVB. Zur Anmeldung im Mitgliederportal gelangen Sie am

einfachsten über die Startseite der KVB im Internet unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/smarakt. Die Funktionalität des Aktenarchivsystems SmarAkt ist im Anwendungshandbuch beschrieben. Ebenfalls auf dieser Seite finden Sie auch eine Beschreibung der Inhalte zu den jeweiligen Aktentypen und Mitteilungen über aktuell bereitgestellte Abrechnungsakten und Honorarunterlagen.

Tabakabhängigkeit (Raucherentwöhnung)

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen in der Raucherentwöhnung erfolgt als „IGeL-Leistung“. Von den Krankenkassen werden die Angebote bezuschusst. Die Kosten der medikamentösen Unterstützung werden jedoch nicht erstattet.

Telefonische Erreichbarkeit zur Terminvereinbarung

Psychotherapeuten müssen sicherstellen, dass ihre Praxis für Terminvereinbarungen beziehungsweise zur Terminkoordination telefonisch erreichbar ist:

- **200 Minuten** pro Woche (Mindesteinheiten: 25 Minuten) bei **vollem Versorgungsauftrag**
- bei Teilversorgungsaufträgen anteilig.

Die telefonische Erreichbarkeitszeiten sind an die Kassenärztliche Vereinigung zu melden, damit diese zur Bekanntgabe an Versicherte durch die Terminservicestelle weitergegeben werden können. Die telefonischen Erreichbarkeitszeiten werden in der KVB- Arzt- und Psychotherapeutensuche unterhalb der Sprechzeiten angezeigt.

Für alle Therapeuten gilt:

Während der **genannten Zeiten muss** der Therapeut selbst oder ein Praxismitarbeiter **erreichbar sein**.

Die Therapeuten müssen ihre persönliche Erreichbarkeit oder die des Praxispersonals sicherstellen (delegierbar innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften/Praxisgemeinschaften und MVZs, auch an Praxisangestellte).

Telefonkosten

Die „Konsiliarische Erörterung“ zwischen zwei Ärzten beziehungsweise Arzt und Psychotherapeut ist in Leistungskomplexen aufgegangen und stellt keine gesondert abrechnungsfähige Leistung dar. Lediglich Telefonate für eine erforderliche stationäre Behandlung (Bettenbestellung) mit einem Krankenhaus können über die Sachkosten-Bezeichnung „F“ (Feldkennung 5011) und Sachkosten/Materialkosten (Feldkennung 5012 – je Einheiten des Telefonats) abgerechnet werden.

Beachten Sie bitte, dass die Erfassung von Euro-Beträgen bei den verschiedenen Praxisverwaltungssystemen unterschiedlich ist. Bei Problemen wenden Sie sich bitte an das für Sie zuständige Softwarehaus.

Telematikinfrastruktur

Die Telematikinfrastruktur (TI) soll alle Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen miteinander vernetzen. Ziel ist es, dass die Online-Kommunikation der Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und weiterer Akteure nur noch über die TI stattfindet.

Die TI soll deshalb wirksam vom restlichen Internet getrennt sein. Es entsteht so ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Psychotherapeuten, Ärzte, Krankenhäuser etc.) mit einem elektronischen Ausweis (eHBA) Zugang haben.

Die Einführung der TI hat 2018 mit der ersten TI-Anwendung, dem Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), begonnen. Die Durchführung des VSDM ist für Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte, die an der Versorgung gesetzlich Versicherter teilnehmen, verpflichtend. Praxen, die dieser Verpflichtung nicht nachkommen, muss das Honorar laut Gesetz um aktuell 2,5 Prozent gekürzt werden (§ 291b Abs. 5 SGB V). Seit 1. Juli 2020 sind auch nicht VSDM-pflichtige Arztgruppen zur Anbindung an die TI verpflichtet.

Seit Sommer 2020 erfolgt der Ausbau der TI mit den ersten medizinischen Anwendungen, dem Notfalldatenmanagement (NFDM) und dem elektronischen Medikationsplan (eMP).

Zudem wird mit dem sektorenübergreifenden Kommunikationsdienst „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) der vertrauliche

und verschlüsselte digitale Austausch von Nachrichten und medizinischen Dokumenten zwischen den TI-Teilnehmern ermöglicht. Seit dem zweiten Halbjahr 2020 steht der Versand und Empfang von eArztbriefen und Nachrichten über KIM zur Verfügung. Seit 1. Oktober 2021 beziehungsweise seit 1. Januar 2022 (Übergangsregelung) sind alle Arztpraxen, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen, verpflichtet, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) über die TI an die Krankenkassen zu senden.

Seit Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) im Jahr 2021 geht der Ausbau der TI kontinuierlich voran. Ärzte und Psychotherapeuten sind seit 1. Juli 2021 gesetzlich dazu verpflichtet, die erforderliche Ausstattung für den Zugriff auf die ePA in ihren Praxen vorzuhalten. Andernfalls droht eine Kürzung des Honorars um ein Prozent.

Das Startdatum für die flächendeckende eRezept-Einführung in Bayern steht noch nicht fest. Interessierte Praxen können das eRezept bereits jetzt einsetzen und sich an ihren PVS-Anbieter wenden.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/telematikinfrastruktur

Hinweis:

Mobile Kartenterminals, die das Einlesen von eGKs auch außerhalb der Praxisräume ermöglichen, sind auch für Psychotherapeuten refinanzierbar. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf geeinigt, dass für Ärzte und Psychotherapeuten der Anspruch auf ein mobiles Kartenterminal auch bei probatorischen Sitzungen im Krankenhaus oder gruppenpsychotherapeutischen Leistungen außerhalb der eigenen Praxisräume besteht. Diese Regelung wurde mit Gültigkeit ab 1. Oktober 2021 in die Finanzierungsvereinbarung der TI (Anlage 32 zum BMV-Ä) aufgenommen. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf ein mobiles Kartenterminal, sofern Hausbesuche durchgeführt werden, ein Kooperationsvertrag zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen besteht (gemäß § 119b Absatz 1 SGB V) oder zur Ausstattung einer ausgelagerten Praxisstätte. Erstattet werden einmalig 350 Euro für ein mobiles Kartenlesegerät je Arzt/ Psychotherapeut sowie die Betriebskosten in Höhe von 23,25 Euro je Quartal für den dazugehörigen Praxisausweis (SMC-B).

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das im Mai 2019 in Kraft getretene TSVG soll vor allem die Terminvergabe für gesetzlich versicherte Patienten beschleunigen.

Für bestimmte Konstellationen bei der Erbringung ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen wurden eine extrabudgetäre Vergütung und EBM-Zuschläge eingeführt.

Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS-Terminfall und TSS-Akutfall)

Vermittelt werden im Rahmen des TSS-Terminfalls die **Psychotherapeutische Sprechstunde** (innerhalb von vier Wochen), **zeitnah erforderliche probatorische Sitzungen** (innerhalb von vier Wochen) sowie die **Psychotherapeutische Akutbehandlung** (innerhalb von zwei Wochen.)

Zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung gibt es einen Zuschlag von bis zu 100 Prozent auf die Grundpauschale für TSS-Terminfälle und 200 Prozent auf die Grundpauschale für den TSS-Akutfall.

Die Höhe des Zuschlags ist nach Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt und wird durch eine Buchstabenkennzeichnung unterschieden. Diese Buchstabenkennzeichnung ist zwingend bei der Abrechnung mit anzugeben, damit die Zusetzung der Zuschläge erfolgen kann.

Buchstabe	Anzahl der Tage ab TSS-Kontakt-aufnahme des Patienten bis zum Tag der Behandlung	Zuschlag auf die jeweilige Versichertenpauschale
A	TSS-Akutfall 24 Stunden	200 Prozent
B	TSS-Terminfall 1. bis 4. Tag	100 Prozent
C	TSS-Terminfall 5. bis 14. Tag	80 Prozent
D	TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag	40 Prozent

Die Behandlungsscheine eines TSS-Akutfalls müssen im PVS mit „**TSS-Akutfall**“ (FK4103) gekennzeichnet und zusätzlich die Pseudo-GOP 99873A angesetzt werden.

Die Behandlungsscheine eines TSS-Terminfalls müssen im PVS mit „**TSS-Terminfall**“ (FK4103) gekennzeichnet und zusätzlich

die **Pseudo-GOP 99873T** angesetzt werden.
Beispiel: 23228B + (FK 4103=1) + 99873T (FK 5001)

Unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 ist nicht nur der ärztliche Bereitschaftsdienst erreichbar, sondern auch rund um die Uhr die Terminservicestelle.

Hausarzt-Vermittlungsfall (HA-Vermittlungsfall)

Hier erfolgt die Terminvermittlung für dringend erforderliche Behandlung beim Facharzt oder Psychotherapeuten direkt durch den Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt, der selbst (oder durch das Praxispersonal) einen Behandlungstermin innerhalb von vier Kalendertagen vereinbart. Im HA-Vermittlungsfall werden alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet. Die Behandlungsscheine müssen im PVS mit „**HA-Vermittlungsfall**“ (FK4103) gekennzeichnet und die **Pseudo-GOP 99873H** angesetzt werden.

Ab dem 1. Januar 2023 kann die Vermittlungspauschale auch nach der 4-Tage-Frist abgerechnet werden, wenn es dem Patienten oder einer Bezugsperson aus „medizinischen Gründen“ nicht möglich ist, selbst einen Termin zu vereinbaren, oder eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder zumutbar ist (bis 35. Tag). In welchen Fällen das zutrifft, entscheidet der Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt. Er muss dies dokumentieren.

Terminvereinbarung (Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins)

Ob bei **Nichteinhaltung** eines vereinbarten Therapietermins ein Ausfallhonorar oder Schadensersatz verlangt werden kann, ist in der Rechtsprechung höchst umstritten. Sie sollten daher bereits zu Beginn der Therapie mit dem Patienten schriftlich und mit Unterschrift vereinbaren, dass bei fest ausgemachten, nicht rechtzeitig abgesagten Terminen ein Honorar in Höhe einer Stundenvergütung vom Patienten zu bezahlen ist. Die Termine sollten Sie dem Patienten ebenfalls schriftlich zur Verfügung stellen.

Testverfahren

Sind Testverfahren delegierbar?

- Die Leistungen nach GOP 35600 bis 35602 sind – mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung beziehungsweise Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung – grundsätzlich delegierbar.
- Zur Leistungserfüllung der GOP 35600 bis 35602 gehört es, dass die Auswertung der Testverfahren vom abrechnenden Psychotherapeuten oder von einem in der Praxis angestellten psychotherapeutisch Qualifizierten vorgenommen wird.
- Wird die Auswertung der Testverfahren in Auftrag gegeben, zum Beispiel an ein Institut, ist der Leistungsinhalt der oben genannten BÄK-EBM-Gebührenordnungspositionen nicht erfüllt und eine Abrechnung nicht möglich.

Bezugsquelle für Testkatalog (mehr als 750 psychodiagnostische Verfahren für alle Anwendungsbereiche):

Hogrefe Verlag
Merkelstraße 3
37085 Göttingen

Telefon: 05 51 / 9 99 50 – 0
Fax: 05 51 / 9 99 50 – 1 11
E-Mail: info@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Therapeutenwechsel

Wie ist die Vorgehensweise bei einem Therapeutenwechsel während einer laufenden Therapie?

- Der neue Therapeut stellt einen **Neuantrag**, der innerhalb der „Zwei-Jahres-Frist“ stets gutachterpflichtig ist.
- Vom neuen Therapeuten sind probatorische Sitzungen durchzuführen (mindestens zwei bis maximal vier, bei Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung gemäß ICD-10-GM: F70-F79 maximal sechs).
- Bei einem Therapeutenwechsel während einer laufenden Therapie können die probatorischen Sitzungen auch ohne vorherige Psychotherapeutische Sprechstunde begonnen werden.

Hinweis an den Patienten:

Bitte machen Sie Ihre Patienten gegebenenfalls darauf aufmerksam, dass während einer laufenden Therapie nur unter

bestimmten Voraussetzungen ein Therapeutenwechsel stattfinden sollte/kann.

Therapieende

Was ist zu tun, wenn eine Therapie beendet wird?

- Vom **Therapeuten** ist die **Beendigung** einer Psychotherapie durch die Praxissoftware **mitzuteilen**.
- Eine Einwilligungserklärung des Patienten ist hierfür nicht erforderlich.
- Eintragung der GOP 88130 für die Beendigung der Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe
- Eintragung der GOP 88131 für die Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe
- Gebühren sind hierfür nicht berechenbar.
- Erlischt die Leistungspflicht der **Krankenkasse** während der laufenden Behandlung, so **unterrichtet diese unverzüglich** den die Psychotherapie **ausführenden Therapeuten**.

Therapieunterbrechung

Kann eine laufende Therapie unterbrochen werden und wenn ja, für welchen Zeitraum?

Die Unterbrechung einer laufenden Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr ist nur zulässig, wenn sie gegenüber der Krankenkasse formlos begründet wird. Wir empfehlen Ihnen, einen **Vermerk** auf dem in der Praxis verbliebenen Formular PTV2 vorzunehmen (zum Beispiel „Nach telefonischer Rücksprache mit Krankenkassen am ... Wiederaufnahme der Therapie genehmigt“).

Ist die Therapie länger als **sechs Monate** unterbrochen, kann ein **Neuantrag** gestellt werden, wobei unter Berücksichtigung des Krankheitsfalls Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen möglich sind.

Vom Gutachter kann der Antrag jedoch abgelehnt werden. Die Entscheidung liegt immer beim Gutachter.

Überweisung

Kann ich als Psychologischer Psychotherapeut beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut auf Überweisung abrechnen beziehungsweise selbst überweisen?

Ein Vertragsarzt kann zu einem Vertragspsychotherapeuten (Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) überweisen. Kommt der Patient mit einem Überweisungsschein (Muster 6) zu einem Psychologischen Psychotherapeuten, so rechnet er auf diesem ab.

Vertragspsychotherapeuten können bei Vertragsärzten die „Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie“ (Muster 7) veranlassen. Ansonsten können sie nicht zum Vertragsarzt überweisen.

Weitere Ausführungen finden Sie unter „Konsiliarbericht“ (Muster 22).

„90-Prozent-Regelung“ zur Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen

Welche Bedeutung hat die „90-Prozent-Regelung“?

Als ausschließlich psychotherapeutisch tätig gilt ein Arzt, wenn sein Anteil an den psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtleistungsbedarf im Abrechnungsquartal über 90 Prozent liegt.

Dabei wäre es natürlich konsequent, auch die aus der Teilnahme an Selektiv- beziehungsweise Sonderverträgen resultierenden Abrechnungsdaten einzubeziehen. Nur dann könnte das tatsächlich zutreffende Verhältnis der psychotherapeutischen zu den übrigen Leistungen und damit auch der tatsächlich zutreffende Psychotherapieanteil – gemessen an den insgesamt abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, also an den Gesamtleistungen im Sinne des § 18 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie – ermittelt werden.

Das Problem besteht letztlich darin, dass wir nur insoweit zur Überprüfung in der Lage sind, soweit wir über die einschlägigen Abrechnungsdaten verfügen. Gerade was die Teilnahme an

Selektivverträgen, an welchen die KVB ihrerseits nicht als Vertragspartner beteiligt ist, betrifft, ist es so, dass die Abrechnung nicht über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns läuft. Daher verfügen wir nicht über die insoweit einschlägigen Abrechnungsdaten.

Bei der 90-Prozent-Regelung wird die Leistungsanforderung erbrachter psychotherapeutischer genehmigungspflichtiger zeitabhängiger Leistungen aus dem Kapitel 35 EBM im Quartal ermittelt.

Prüfung der Leistungen aus dem EBM Kapitel 35.2 und 35.3 sowie der Leistungen nach den GOPen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 sowie 35173 bis 35179 des EBM am Gesamtleistungsbedarf GKV (Regional- und Ersatzkassen).

Die Werte der Strukturzuschläge Psychotherapie (GOPen 35571 bis 35573) werden bei der Berechnung der 90-Prozent-Quote miteinbezogen. Berücksichtigt wird das ausbezahlte arztindividuelle Honorar (gegebenenfalls auch mit Wert „0“).

Hinweis:

Für Nervenärzte, Psychiater, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater werden die Leistungen nach den GOPen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 nicht berücksichtigt. Ebenso nicht berücksichtigt wird der Strukturzuschlag nach GOP 35573 sowie bei Leistungen im Zusammenhang mit der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (GOPen 35173 bis 35179) der Strukturzuschlag nach GOP 35572.

Alle Ärzte, die Leistungen des Kapitels 35 ohne GOP 35100 und 35110 abrechnen, werden geprüft, ob dieser Anteil größer als 90 Prozent des Gesamtleistungsbedarfs ist.

Bei der Prüfung der 90-Prozent-Regelung sind Leistungen des organisierten Notfalldienstes/Notarztendienstes nicht zu berücksichtigen.

Welche Folgen hat es, wenn Sie unter 90 Prozent bleiben?

Für diese Ärzte bleibt das RLV/QZV gültig

Vergütungsregelung für psychotherapeutische Leistungen ab 1. Januar 2023

Für das Jahr 2023 gilt, dass

- bei allen Fachgruppen die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM außerhalb der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) honoriert werden.
- Zusätzlich außerhalb MGV honoriert wird die GOP 35150 (probatorische Sitzung als Einzelbehandlung) für die in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen.
- Die Probatorik im Gruppensetting (GOPen 35163 bis 35169) wird für die psychotherapeutischen Fachgruppen, analog der probatorischen Sitzung im Einzelsetting (GOP 35150 EBM), ebenfalls außerhalb der MGV vergütet.
- Ebenso außerhalb der MGV vergütet werden die GOPen 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) und 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung) sowie Leistungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (GOPen 35173 bis 35179).
- Auch werden die neu zum 1. Oktober 2022 beschlossenen GOPen des Kapitels 37.5 EBM (Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung – KSVPsych-RL) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Das bedeutet, dass diese Leistungen als Einzelleistungen ohne Mengenbegrenzung von den Krankenkassen vergütet werden.

Vergütung der in der MGV verbleibenden Leistungen

Über den HVM (Honorarverteilungsmaßstab) ist damit nur noch die Vergütung der „restlichen“ psychotherapeutischen Leistungen“ zu regeln, die erbracht werden von:

- Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien

Es handelt sich dabei um folgende Leistungsbereiche:

- Kapitel 22 EBM

- Kapitel 23 EBM
- Abschnitt 35.1 EBM (ohne GOPen 35150 bis 35152)
- Abschnitt 35.3 EBM
- Sonstige Leistungen (siehe zum Beispiel Präambel 22.1 und 23.1)

Für diese Leistungen wurde ein eigener Fonds gebildet. Dabei ist grundsätzlich eine Vergütung nach den Preisen der bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vorgesehen. Werden aber im Abrechnungsquartal von den oben genannten Fachgruppen zusammen mehr Leistungen in diesem Bereich abgerechnet, als im Fonds vorgesehen, können die Leistungen nur noch quotiert ausbezahlt werden. Als untere Quotierungsgrenze ist dabei eine Quote von 85 Prozent festgelegt. Weitere Details zur Quotenermittlung für diesen Fonds können dem HVM entnommen werden.

Ausführliche Informationen erhalten Sie in unseren Broschüren „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2023“ und „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns - Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV, Stand 1. Januar 2023“. Sie finden die Broschüren unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/informationmaterial unter *Abrechnung und Honorar*.

Videosprechstunde (Psychotherapeutische Leistungen per Video)

Mit Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung zum 15. April 2019 wurde grundsätzlich die Durchführung psychotherapeutischer Leistungen über zertifizierte Videodienste geöffnet. Damit hatte der Bewertungsausschuss die Möglichkeit, Einsatzgebiete der Videosprechstunde für psychotherapeutische Leistungen im EBM festzulegen.

Seit 1. Oktober 2019 können psychotherapeutische Leistungen und weitere Gesprächsleistungen per Video abgerechnet werden, soweit diese nach dem psychotherapeutischen Berufsrecht und der Psychotherapie-Vereinbarung nicht nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden können.

Voraussetzung hierfür ist aber neben dem Einverständnis des Patienten, dass zuvor ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und sorgfältiger Aufklärung vorausgegangen ist.

Nach Ansicht des bayerischen Datenschutzbeauftragten ist dazu kein Datenschutzbeauftragter zu bestellen.

Folgende Grundsätze sind ebenfalls als Voraussetzung zu beachten:

- Die Entscheidung zur Durchführung einer psychotherapeutischen Leistung per Videokonferenz erfolgt gemeinsam durch den Versicherten und den Therapeuten unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und der Lebensumstände des Versicherten.
- Spätestens zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt die mündliche Aufklärung und Einwilligung des Patienten zur Durchführung einer Videokonferenz.
- Der Therapeut hat für einen alternativen Kontaktweg im Falle von Verbindungsabbrüchen zu sorgen.
- Weiterhin sind - sofern erforderlich - Regelungen zum Vorgehen bei gegebenenfalls aufkommender Eigen- oder Fremdgefährdung zu treffen.
- Die Durchführung psychotherapeutischer Leistungen per Videokonferenz erfolgt sowohl bei dem Therapeuten als auch bei dem Versicherten in einer sicheren, störungsfreien Umgebung, die einen geschützten Raum ermöglicht.
- Alle Teilnehmer der Videokonferenz sollen stets eindeutig mit einem Videobild erkennbar sein.

- Psychotherapeutische Leistungen per Video können grundsätzlich nur von dem Therapeuten durchgeführt werden, der den Patienten auch im unmittelbaren persönlichen Kontakt behandelt.
- Grundsätzlich sollen sich Therapeut und Patient in örtlicher Nähe zueinander befinden.
- Der Therapeut hat sicherzustellen, dass die Behandlung bei gegebener Notwendigkeit im unmittelbaren persönlichen Kontakt durchgeführt werden kann.
- Bei der Durchführung von Videosprechstunden gelten weiterhin insbesondere die Regelungen nach § 3 und § 4 der Anlage 31b zum BMV-Ä.

Erbracht werden können im Rahmen der Videosprechstunde unter anderem Richtlinien der Kurz- und Langzeittherapie als Einzeltherapien (Abschnitt 35.2.1 des EBM) sowie die GOPen 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35600 und bei Erwachsenen GOP 35601.

Ebenso können die Psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152), die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (GOPen 35173 bis 35178) sowie Gruppenpsychotherapie (Abschnitt 32.2.2) im Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt und abgerechnet werden.

Hinweis:

Die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und Gruppenpsychotherapien können mit höchstens neun Teilnehmern durchgeführt werden. Das bedeutet, eine Gruppe kann aus **maximal acht Patienten, einschließlich der gegebenenfalls einzubeziehenden Bezugspersonen**, sowie **einem Therapeuten** bestehen.

Abweichend von § 21 Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 der Psychotherapie-Richtlinie können die Richtlinien in Form von Gruppen-therapien per Videosprechstunde **nicht gemeinsam durch zwei Therapeuten** abgehalten werden.

Darüber hinaus sind die Zuschläge nach den GOPen 35593 bis 35598 für die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie in Gruppenbehandlung bei Durchführung der Leistung im Rahmen der Videosprechstunde ebenfalls berechnungsfähig.

Des Weiteren wurde die Videosprechstunde auch für nachfolgende Gespräche zugelassen: GOPen 14220 bis 14222, 21216, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220 sowie die neurologische Therapie nach den GOPen 30932 und 30933.

Jedoch: Für die Psychotherapeutische Sprechstunde, Probatorische Sitzungen und die Hypnose sind Videogespräche ausgeschlossen.

Die jeweilige Grundpauschale kann beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal auch dann abgerechnet werden, wenn dieser im Rahmen einer Videosprechstunde stattfindet.

Sollten im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte per Videosprechstunde stattfinden, muss der Behandlungsfall mit der GOP 88220 gekennzeichnet werden.

Bleibt es hierbei bei dem ausschließlichen Kontakt per Videosprechstunde findet ein Abschlag je nach Fachgruppe auf die Grundpauschale statt.

Für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt eine Abschlagshöhe in Höhe von 20 Prozent.

GOP 01444 berücksichtigt als Zuschlag zur Grundpauschale den zusätzlichen Aufwand des Praxispersonals, um einen der Praxis „unbekannten“ Patienten im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren (Anlage 4b zum BMV-Ä), da die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. Ein unbekannter Patient ist ein Patient, der nicht im aktuellen Quartal oder Vorquartal in der Praxis behandelt wurde. Der Zuschlag ist befristet bis 31. Dezember 2025. Die abgerechnete Grundpauschale nebst Zuschlägen wird aber in voller Höhe vergütet, wenn im selben Quartal noch ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt.

Die Anzahl der ausschließlichen Video-Behandlungsfälle ist auf 30 Prozent aller Behandlungsfälle des Arztes/Psychotherapeuten beschränkt. Patienten, die einmal persönlich in der Praxis vorstellig waren und zusätzlich per Video im Quartal behandelt wurden, fallen nicht unter die 30 Prozent-Obergrenze.

Ärzte und Psychotherapeuten dürfen 30 Prozent aller Leistungen des EBM-Kapitels 35 (GOPen) im Quartal, die per Video möglich sind, per Videosprechstunde durchführen.

Die Obergrenze bezieht sich nicht auf jede einzelne GOP, sondern auf die Gesamtpunktzahl der im Quartal abgerechneten GOPen des Kapitels 35, die in der Videosprechstunde durchgeführt werden können. Für den Rest ist ein persönlicher Kontakt erforderlich.

Ausgenommen von dieser Regelung ist die GOP 35152 für die psychotherapeutische Akutbehandlung. Diese Einzelleistung darf – wie die übrigen GOPen außerhalb des Kapitels 35 – nur zu maximal 30 Prozent per Video stattfinden.

Ebenso ausgenommen von der Regelung sind Gebührenordnungspositionen, die ausschließlich im Videokontakt berechnungsfähig sind.

Der Technikzuschlag als Zuschlag im Zusammenhang mit der Grundpauschale nach der GOP 01450 ist weiterhin berechnungsfähig und soll die Kosten für den Videodienst abdecken. Der Zuschlag ist pro Quartal auf maximal 1.899 Punkte begrenzt. **Als Gruppenbehandlung** bei Übenden Interventionen (GOPen 35112 und 35113), Gesprächsleistungen (GOPen 14221, 21221 und 22222) sowie der neurologischen Therapie (GOP 30933) gibt es einen Höchstwert von 40 Punkten. Der Technikerzuschlag kann bei den Gruppenbehandlungen nicht einmal je Teilnehmer, sondern nur einmal je Gruppe (das heißt nur bei einem Teilnehmer der Gruppe) angesetzt werden.

Die abgerechneten GOPen sind in der Abrechnung wie folgt zu dokumentieren:

Die zutreffenden GOPen, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden, sind mit dem Buchstabenzusatz „V“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35110V).

Bei Einbeziehung von Bezugspersonen sind die Leistungen statt der üblichen B-Kennzeichnung mit dem Buchstaben „W“ abzurechnen (zum Beispiel 35401W).

Bei der Durchführung einer Langzeittherapie **in Einzelbehandlung** als Rezidivprophylaxe ist die Abrechnung mit dem Buchstaben „Y“ (zum Beispiel 35405Y) anzugeben, bei Einbeziehung von Bezugspersonen ist bei der Abrechnung der Buchstabe „Z“ (zum Beispiel 35405Z) anzugeben.

Wird die Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe in **Gruppenbehandlung** im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht, ist die entsprechende Leistung mit dem Buchstaben „C“ (zum Beispiel 35513C) zu kennzeichnen, bei Einbeziehung von Bezugspersonen mit einem „D“ (zum Beispiel 35513D).

Werden Leistungen der **Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung nach den GOPen 35 173 bis 35 178** im

Rahmen der Videosprechstunde erbracht, sind diese wie folgt zu kennzeichnen:

- Kennzeichnung mit „V“ ohne Bezugsperson
- Kennzeichnung mit „W“ mit Bezugsperson

Bei einer hälftigen Sitzungsdauer (von mindestens 50 Minuten bis 100 Minuten) sind die Leistungen der Gruppentherapie (Richtlinie) und der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (GOPen 35173 bis 35178) wie folgt zu kennzeichnen:

- Kennzeichnung „A“ ohne Bezugsperson
- Kennzeichnung „T“ mit Bezugsperson

Wird die Gruppentherapie (Richtlinie) als Rezidivprophylaxe durchgeführt, sind die entsprechenden Leistungen wie folgt zu kennzeichnen:

- Kennzeichnung „F“ ohne Bezugsperson
- Kennzeichnung „G“ mit Bezugsperson

Neben der nach Anlage 31b BMV-Ä vorgesehenen Videosprechstunde sind andere Fernbehandlungen über elektronische Medien in der vertragsärztlichen Versorgung nicht vorgesehen.

Hinweis: Die Durchführung und Abrechnung einer Videosprechstunde ist genehmigungspflichtig und setzt eine Genehmigung der KVB voraus.

Abrechnungsbeispiele: Videosprechstunde mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal:

GOP 23211 (Grundpauschale), GOP 01450 (Technikzuschlag), GOP 35401V (Einzeltherapie)

Videosprechstunde ohne persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal:

GOP 23211 (Grundpauschale), GOP 01450 (Technikzuschlag), GOP 88220 (Kennzeichnung nur Videosprechstunde), GOP 35401V (Einzeltherapie)

Virtuelle Exposition im Rahmen der Verhaltenstherapie

Die virtuelle Exposition ist Teil der stimulusbezogenen Methoden gemäß § 17 Absatz 2 Nummer 1 der Psychotherapie-Richtlinie und damit Bestandteil des Psychotherapieverfahrens, sie kann daher im Rahmen der Verhaltenstherapie angewandt werden.

Dies gilt auch bei gleichzeitigem Einsatz einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA).

Zweitgutachter – ehemals Obergutachter

Mit der Psychotherapie-Vereinbarung vom 15. April 2019 wurde das Obergutachterverfahren neu geregelt.

Das bisherige „Obergutachten“ wurde in ein „Zweitgutachten“ überführt.

Von den zuständigen Krankenkassen sind nur dann Zweitgutachten einzuholen, wenn der Erstgutachter die beantragte Psychotherapie vollständig abgelehnt hat (siehe Psychotherapie-Vereinbarung § 13 Absatz 3) und der Versicherte gegen diese vollständige Ablehnung Widerspruch eingelegt hat.

Die hierzu erforderlichen Unterlagen für das Zweitgutachten müssen erst eingereicht werden, wenn die Krankenkasse dazu auffordert.

Die benötigten Unterlagen werden im verschlossenen Briefumschlag PTV 8 eingereicht. Neben einem in freier Form erstellten Ergänzungsberichts gemäß PTV 3 müssen im PTV 8 alle bisherigen Unterlagen zum bisherigen Gutachten mitgeschickt werden.

Übersicht Kennzeichnungen im Rahmen der Videosprechstunde

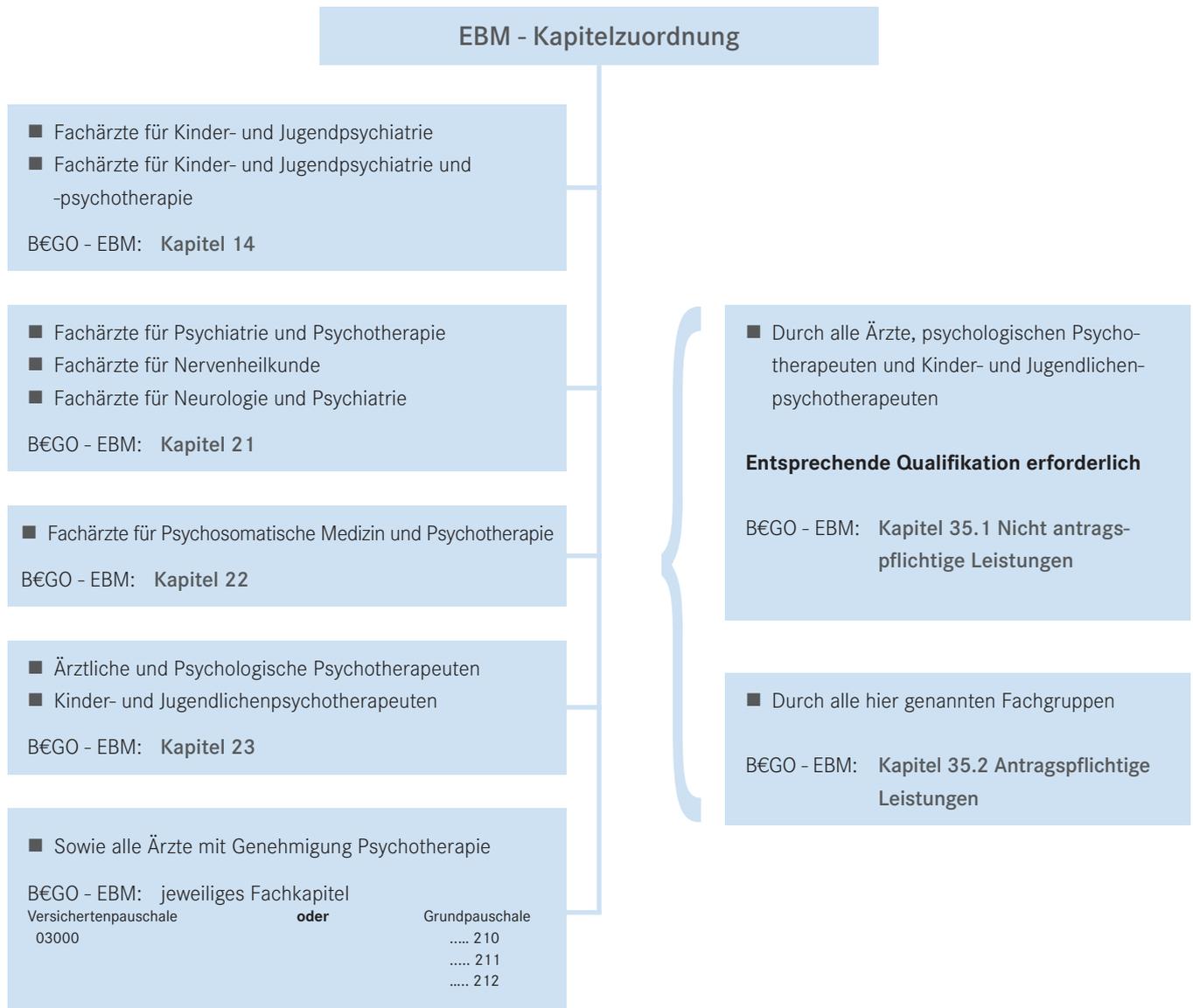
Gruppenpsychotherapie								
GOPen	Buchstaben-KZ i. R. d. Videosprechstunde	mit Bezugsperson	Rezidivprohylaxe Video	Rezidivprohylaxe Video mit Bezugsperson	Häufige Sitzung Video	Häufige Sitzung Video mit Bezugsperson	Rezidivprohylaxe Video in häufiger Sitzung	Rezidivprohylaxe Video in häufiger Sitzung mit Bezugsperson
Tiefenpsychologisch fundierte PT (KZT, Gruppenbehandlung)								
35503 bis 35508	V	W			A	T		
Tiefenpsychologisch fundierte PT (LZT, Gruppenbehandlung)								
35513 bis 35518	V	W	C	D	A	T	F	G
Analytische Therapie (KZT, Gruppenbehandlung)								
35523 bis 35528	V	W			A	T		
Analytische Therapie (LZT, Gruppenbehandlung)								
35533 bis 35538	V	W	C	D	A	T	F	G
Verhaltenstherapie (KZT, Gruppenbehandlung)								
35543 bis 35548	V	E			A	T		
Verhaltenstherapie (LZT, Gruppenbehandlung)								
35553 bis 35558	V	W	C	D	A	T	F	G
Systemische Therapie (KZT, Gruppenbehandlung)								
35703 bis 35708	V	W			A	T		
Systemische Therapie (LZT, Gruppenbehandlung)								
35713 bis 35718	V	W	C	D	A	T	F	G
Zuschlag KZT (Gruppenbehandlung)								
35593 bis 35598	V							

Begrenzung auf acht Gruppenteilnehmer gemäß § 17 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä)

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung				
GOPen	Kennzeichnung GOP i. R. d. Videosprechstunde	mit Bezugsperson	Häufige Sitzung	Häufige Sitzung mit Bezugsperson
35173 bis 35178	V	W	A	T

Begrenzung auf acht Gruppenteilnehmer gemäß § 17 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä)

Psychotherapeutische Leistungserbringer



Abrechnungsstrukturen des EBM

Nachfolgend stellen wir Ihnen die Abrechnungsstrukturen des B€GO-EBM für psychotherapeutische Leistungen vor. Bitte verstehen Sie dies als „wichtige“ Hinweise zur Gebührenordnungssystematik, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Kapitel 14 Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Leistungen

14210

Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr

14211

Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des sechsten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr

Kapitel 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Leistungen (Psychiater)

(Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie)

21210

Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr

21211

Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

21212

Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

21213

Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr

21214

Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ab Beginn des sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

21215

Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ab Beginn des 60. Lebensjahres

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

Kapitel 22 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

(Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

22210

Psychosomatische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr

22211

Psychosomatische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

22212

Psychosomatische Grundpauschale für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ab Beginn des 60. Lebensjahres

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

Kapitel 23 Psychotherapeutische Leistungen

(Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

23210

Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr

23211

Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte ab Beginn des sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

23212

Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

23214

Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä
- Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden.

Die GOP 23214 ist nur von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten berechnungsfähig, die die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 4 oder § 6 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.

23220

Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung

- Dauer mindestens zehn Minuten, Einzelbehandlung

- fakultativ: Syndrombezogene therapeutische Intervention, Krisenintervention, Anleitung der Bezugsperson(en)
- je vollendete zehn Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Ist bei telefonischem Kontakt nicht berechenbar.
- Ist an einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gebunden (Begriff: Einzelbehandlung).
- Die Anleitung der Bezugsperson(en) ist fakultativer Leistungsbestandteil der GOP 23220, wobei derartige Gespräche nicht unbedingt die Anwesenheit des Patienten erfordern. Die GOP 23220 kann aber für die alleinige Anleitung der Bezugsperson nicht berechnet werden, sondern die Leistungsliegende muss immer mit einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfüllt werden. Findet also unabhängig von der Sitzung mit dem Patienten eine Anleitung der Bezugsperson (ohne Patienten) statt, kann die GOP 23320 nicht zusätzlich berechnet werden, da die Anleitung als fakultativer Leistungsinhalt abgegolten ist.

Hinweis:

Gleiches gilt für die GOP 22220 (Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung für Ärzte des Kapitels 22).

Allgemeine Leistungen und Kapitel 40 Kostenpauschalen

- Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind aus dem Abschnitt II „Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen“ nachfolgende Leistungen nach den GOPen 01100, 01101, 01102, 01410 bis 01413, 01415, 01416, 01422, 01424, 01430, 01431, 01433, 01435, 01442, 01444, 01450, 01470, 01471, 01600, 01601, 01602, 01611, 01620, 01621, 01622, 01647, 01660, 01670 bis 01672 berechnungsfähig.
- Außerdem sind Kostenpauschalen aus dem Kapitel 40 (zum Beispiel für die Versendung von Berichten und/oder Briefen) berechnungsfähig.

Ausführliche Informationen zu der Berechnungsfähigkeit von Berichten und/oder Briefen (GOPen 01600 und 01601) finden Sie unter dem Stichwort „Berichtspflicht“.

Kapitel 35

Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen (Psychosomatische Grundversorgung)

35100

Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

35110

Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

Für beide Gebührenordnungspositionen:

- Leistungen sind nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Absatz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung sowie über eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung verfügen.
- Kann jedoch von **Vertragspsychotherapeuten** (Arztgruppe 69, 70, 71) **nicht abgerechnet** werden.

Voraussetzung:

- Nachweis einer mindestens dreijährigen Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit: Entweder man ist seit drei Jahren zugelassen, als AiPler tätig gewesen oder es wird ein Nachweis erbracht, dass man im Angestelltenverhältnis beschäftigt war.
- Durch Vorlage von Weiterbildungszeugnissen belegt man, dass Kenntnisse in einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre, reflektierte Erfahrungen über die Psychodynamik und therapeutische Relevanz der Arzt-Patienten-Beziehung und Erfahrungen in verbalen Interventionstechniken als Behandlungsmaßnahme erworben wurden. Aus entsprechenden Zeugnissen und Bescheinigungen muss hervorgehen, dass entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Umfang von insgesamt 80 Stunden erworben wurden.
- Im Rahmen dieser Gesamtdauer müssen gesondert belegt werden:
 1. **Theorieseminare** von mindestens **20-stündiger Dauer**, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischen

Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren erworben wurden (= Kursblock 16).

2. Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (das heißt bei **Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden**) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr.
3. Vermittlung und Einübung **verbaler Interventionstechniken** von **mindestens 30-stündiger Dauer**.

Informationen zur Teilnahme an Balintgruppen erhalten Sie von der Bayerischen Landesärztekammer.

Den Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Ärzte beziehungsweise Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden Sie im Internet unter **www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice** unter Buchstabe „P“/Psychotherapie.

Hinweis:

Im Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Ärzte finden Sie den Antrag zur „Psychosomatik“ unter Punkt 2.7 (Seite 3).

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen (Übende Verfahren siehe auch Stichwort „Testverfahren“)

Bei den B€GO-EBM-Gebührenordnungspositionen 35111 - 35113 und 35120 ist als obligater Bestandteil eine **„Standardisierte Dokumentation“** verlangt.

Was muss diese als Standard beinhalten?

Die Dokumentation hat nach einem Standard zu erfolgen, der entweder vom Leistungserbringer selbst oder von außen vorgegeben wird, das heißt, der Therapeut legt einmal für sich einen „Standard“ fest, nach dem er alle anderen Dokumentationen dann weiterführt.

Die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen **35111**, **35112**, **35113** und/oder **35120** sind nur von Vertragsärzten/-psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die **Qualifikation** zur Erbringung Übender beziehungsweise Suggestiver (Hypnose nach GOP 35120) Interventionen verfügen (§ 5 Absatz 7 beziehungsweise § 6 Absatz 6 beziehungsweise § 7 Absatz 5 der Psychotherapie-Vereinbarung).

35111

Übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Einzelbehandlung**

35112

Übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Erwachsenen**

35113

Übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen**

35120

Hypnose (Dauer **mindestens 15 Minuten**) in Einzelbehandlung

Die in den §§ 29 bis 31 der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Begrenzungen, zum Beispiel bei Hypnose bis zu **zwölf Sitzungen**, berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

Die fachliche Befähigung gemäß § 3 der Psychotherapie-Vereinbarung gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von übenden und suggestiven Interventionen

- durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder die analytische Psychotherapie oder die Verhaltenstherapie oder die Systemische Therapie (Ausnahme Systemische Therapie: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

und

- durch den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Interventionen im Rahmen des Fachkundenachweises
- Bei ärztlichen Psychotherapeuten gilt die Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Interventionen im Rah-

men der Weiterbildung erworben wurden, als nachgewiesen.

oder

- durch die erfolgreiche Teilnahme an zwei Kursen von jeweils acht Doppelstunden im Abstand von mindestens sechs Monaten in den jeweiligen Interventionen.

- Diese Kurse müssen bei einem, bei der Ärztekammer gemeldet, anerkannten Weiterbilder absolviert werden. Eine Liste der Weiterbilder erhalten Sie bei Ihrer Ärztekammer/Psychotherapeutenkammer.

Oder:

- Sie lassen sich von einem anerkannten Institut, das die „Techniken“ gelehrt hat, **Art und Umfang** der Schulung bescheinigen.

Festlegung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie beziehungsweise Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie

35130

Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie 1 oder 2.

Für Kurzzeittherapien **innerhalb von zwei Jahren** nach Abschluss einer Therapie besteht eine **generelle Begründungspflicht** an den Gutachter.

Die GOP 35130 kann jeweils für den Bericht an den Gutachter und gegebenenfalls für den Bericht an den Zweitgutachter abgerechnet werden.

Weder die GOP 35130 noch andere BÄKGO-EBM-Gebührenordnungspositionen können alleine für das **Ausfüllen des Formblattes PTV 2a bis 2c** (Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten) berechnet werden. Dies ergibt sich aus § 36 Absatz 2 BMV-Ä. Danach sind vereinbarte Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen auszustellen, es sei denn, dass eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde. Der Vordruck enthält dann einen Hinweis, ob die Angabe der Information gesondert vergütet wird oder nicht. Das Formblatt PTV 2a bis 2c enthält **keinen** solchen Hinweis, sodass **nur** Portokosten (GOP

40120 ff.) für den Versand an die zuständige Krankenkasse berechnet werden können.

35131

Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie **als Langzeittherapie**

Hinweis:

Ein Bericht an den Gutachter gemäß den Inhalten des Berichtsschemas für die Langzeittherapie ist erforderlich beim Antrag

- einer **Langzeittherapie als Einzeltherapie**,
- einer **Umwandlung** einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie als Einzeltherapie oder als eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie,
- einer **Fortführung** einer Langzeittherapie als Einzeltherapie oder als eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie (im Einzelfall).

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung am 23. November 2019 entfiel bereits das Gutachterverfahren für Gruppentherapien. Künftig werden auch Anträge auf eine Kombinationsbehandlung aus überwiegend durchgeführter Gruppentherapie mit Einzeltherapie (mehr als die Hälfte der beantragten Therapieeinheiten im Gruppensetting) nicht mehr regelhaft begutachtet.

Eine Begutachtung kann in Einzelfällen in allen Settings aber weiterhin von den Krankenkassen verlangt werden, beispielsweise im Rahmen der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Krankenkasse bei Überschreitung der Kontingentgrenzen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Psychotherapievereinbarung im **Teil C Durchführung der Behandlung § 11 Antragstellung Absatz 4**.

Der Leistungsinhalt der GOP 35130 (sowie GOP 35131) ist auch dann erfüllt, wenn für das zweitgutachterliche Verfahren (nach **vorausgegangenem Widerspruch des Patienten** gegen die Entscheidung der Krankenkasse, die Kostenübernahme abzulehnen) ein überarbeiteter oder neuer Bericht erstellt werden muss beziehungsweise eine substantielle Auseinandersetzung mit den Kritikpunkten des Gutachters notwendig ist.

Nach einer Ablehnung ist es in aller Regel erforderlich, dass sich

ein Psychotherapeut mit den Gründen der ablehnenden Entscheidung eingehend auseinandersetzt und vor diesem Hintergrund den erneut gestellten Antrag begründet. Dem Zweitgutachter sind außerdem alle für seine Beurteilung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, einschließlich der Gutachten des Erstgutachters.

Für das **Nachreichen** gegebenenfalls fehlender Angaben zum Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter können die GOP 35130 und GOP 35131 **nicht** angesetzt werden.

Biographische Anamnese

35140

Biographische Anamnese, Erhebung des psychodynamischen beziehungsweise verhaltensanalytischen Status, Dauer mindestens 50 Minuten, einmal im Krankheitsfall

Ein Splitting der Stuserhebung in mehrere Einheiten ist nicht möglich.

Hinweis:

- Zur vollständigen Erbringung der Nummer 35140 ist **kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich**.
- Für die **homöopathische Fallaufnahme und Repertorisation** kann die GOP 35140 auch bei Angabe des Zeitaufwands sowie einer entsprechenden Begründung nicht berechnet werden.
- Abrechnungsausschlüsse **in derselben Sitzung** bestehen unter anderem neben
 - Gesprächsleistungen (GOPen 14220, 16220, 21220, 22220 und 23220)
 - Abschnitt 35.1 (35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35151, 35152, 35173 bis 35179)
 - Abschnitt 35.2.1 (Einzeltherapien)
 - Abschnitt 35.2.2 (Gruppentherapien)

Vertiefte Exploration

35141

Zuschlag zur Leistung nach 35140 für die vertiefte Exploration, Dauer mindestens 20 Minuten obligat, zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig

- setzt den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus
- gegebenenfalls bei „Beendigung“ im freien Begründungstext angeben (Abschlussgespräch oder ähnliches)

Probatorische Sitzung

- Probatorische Sitzungen nach GOP 35150 dienen **ausschließlich** der Einleitung beziehungsweise Feststellung, ob ein Antrag auf Psychotherapie tatsächlich gestellt werden soll. Sie sind keine Richtlinientherapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.
- Vor Beginn einer Kurz- oder Langzeittherapie müssen probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Für Patienten besteht die Verpflichtung, dass **erst nach Aufsuchen einer psychotherapeutischen Sprechstunde** (Dauer von mindestens 50 Minuten) mit den probatorischen Sitzungen begonnen werden kann.
- Die Leistung ist daher zwar antragsfrei abzurechnen, unterliegt jedoch nach der Psychotherapie-Richtlinie einer Ansatzbeschränkung.
 - Als Einzelbehandlung bei **Erwachsenen** finden **mindestens zwei bis vier** probatorische Sitzungen statt.
 - Bei **Kindern und Jugendlichen** sowie **Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79)** können **zwei bis sechs** probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Relevante Bezugspersonen (aus dem sozialen Umfeld) können einbezogen werden.
- Die Antragstellung ist bereits nach der **ersten** probatorischen Sitzung möglich, wenn die **zweite** probatorische Sitzung **terminiert** ist.
- Auch **nach Antragstellung** können die probatorischen Sitzungen bis zur Höchstgrenze (Erwachsene: vier, Kinder und Jugendliche sowie Versicherte mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79): gegebenenfalls sechs) **bis zum Beginn der Richtlinientherapie** durchgeführt werden.
- Eine **häufigere Berechnung der GOP 35150 innerhalb eines Krankheitsfalls ist ausgeschlossen**. Ein Krankheitsfall im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsziffer folgen.
- Die Ansatzhäufigkeit der GOP 35150 innerhalb dieses Zeitraums wird beobachtet und führt bei Überschreitung gegebenenfalls zu Plausibilitätsprüfungen.

35150

- Im Krankheitsfall für Erwachsene mindestens zwei, höchstens viermal möglich, für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens sechsmal berechnungsfähig

- Dauer mindestens 50 Minuten
- in der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting möglich

Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer – wobei die GOP erst abgerechnet werden kann, wenn die zweite Einheit erbracht wurde.

Probatorische Sitzungen sind auch bei **Bezugspersonen** (zum Beispiel GOP 35150B) abrechnungsfähig. Es gelten analog die Regelungen nach § 18 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung.

Beispiel:

Fallen an einem Behandlungstag die Gebührenordnungspositionen 35150 und 35150B an, die zeitlich getrennt erbracht wurden, muss für diese Gebührenordnungspositionen ein weiterer Behandlungstag mit demselben Datum (Feldkennung 5000) übertragen werden.

Eine Uhrzeitangabe ist in derartigen Fällen zusätzlich erforderlich, und zwar auch für die erste Gebührenordnungsposition jeder Arzt-Patientenbegegnung eines Behandlungstages.

Die Abrechnung wird durch Uhrzeitangaben neben den betreffenden Gebührenordnungspositionen begründet.

Behandlungstag	GOP	Uhrzeit
FK 5000	FK 5001	FK 5006
24.04.	35150	09:00

Behandlungstag	GOP	Uhrzeit
FK 5000	FK 5001	FK 5006
24.04.	35150B	10:00

Hinweis:

Dieselbe Uhrzeitangabe darf nicht mehrmals am gleichen Behandlungstag erscheinen.

An der maximalen Ansatzhäufigkeit für probatorische Sitzungen ändert sich auch unter Einbeziehung der Bezugspersonen nichts. Probatorische Sitzungen sind **nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen** berechnungsfähig.

Probatorische Sitzungen sind **während genehmigter Therapien** nicht abrechnungsfähig. Es gilt die Psychotherapie-Richtlinie!

Während der probatorischen Phase ist kein konstanter Wechsel zu weiteren Therapeuten möglich, um somit die Therapie (Antragstellung) zu umgehen.

Probatorische Sitzungen können in einer Praxis nicht erneut abgerechnet werden, wenn die Therapie vom gleichen Psychotherapeuten fortgeführt wird, zum Beispiel nach Wechsel von Anstellung in Zulassung oder wenn ein Sicherstellungsassistent die Therapie nach seiner Zulassung fortführt.

Probatorische Sitzungen in Räumen eines Krankenhauses

Probatorische Sitzungen können bereits frühzeitig auch in den **Räumen des Krankenhauses** durchgeführt werden, wenn sich eine **ambulante Psychotherapie nach einer Krankenhausbehandlung** anschließen soll und eine Diagnose nach § 27 der Psychotherapie-Richtlinie besteht.

In diesen Fällen können zusätzlich zu den probatorischen Sitzungen die GOPen 01410 (Besuch eines Kranken) und 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) abgerechnet werden. Diese Besuchsleistungen sind in der Abrechnung mit dem **Buchstaben „K“** (01410K, 01413K) in der KVDT-Feldkennung 5001 („GNR“) zu kennzeichnen.

Für jeden Besuch nach GOP 01410 kann eine Wegepauschale nach Kapitel 40 gemäß BÉGO-EBM (siehe Seite 31) berechnet werden.

Probatorik in den eigenen Praxisräumen bei stationären Patienten

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 20. Juli 2021 wurde der § 92 SGB V dahingehend geändert, dass die Durchführung von erforderlichen probatorischen Sitzungen für eine nach der Krankenhausbehandlung anschließenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bereits frühzeitig während der Krankenhausbehandlung auch in der vertragsärztlichen Praxis erfolgen kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bestätigt, dass diese Möglichkeit bereits jetzt besteht, auch wenn die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss hierzu noch nicht angepasst wurde.

Die Richtlinie sieht bisher nur die Durchführung der probatorischen Sitzungen in den Räumen des Krankenhauses vor (§ 12 Abs. 6 Psychotherapie-Richtlinie).

Probatorische Sitzungen im Gruppensetting

Probatorische Sitzungen können auch in der **Gruppe** erfolgen, wenn sich eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenbehandlung anschließen soll. Bisher waren probatorische Sitzungen **ausschließlich** im Einzelsetting möglich.

Mindestens **eine** probatorische Sitzung muss einzeln durchgeführt werden, wenn zuvor eine Sprechstunde bei demselben Therapeuten stattgefunden hat.

War dies nicht der Fall, zum Beispiel bei Vermittlung aus vorheriger stationärer Behandlung oder bei Therapeutenwechsel, müssen **mindestens zwei** probatorische Sitzungen im Einzelsetting stattfinden.

Bei **Erwachsenen** sind probatorische Sitzungen maximal bis zu **vier** Therapieeinheiten (TE) je **Krankheitsfall** möglich, maximal davon im Gruppensetting

- **mit** vorheriger psychotherapeutischer Sprechstunde: bis zu **drei** TE mit jeweils 100 Minuten (oder 6 x 50 Minuten) je **Krankheitsfall**
- **ohne** vorherige psychotherapeutische Sprechstunde: bis zu **zwei** TE mit jeweils 100 Minuten (oder 4 x 50 Minuten) je **Krankheitsfall**

Bei **Kinder- und Jugendlichenbehandlung** oder bei **Menschen mit geistiger Behinderung** (ICD-10-GM: F70-F79) sind maximal bis zu **sechs** TE je **Krankheitsfall** möglich, maximal davon im **Gruppensetting**

- **mit** vorheriger psychotherapeutischer Sprechstunde: bis zu **fünf** TE mit jeweils 100 Minuten (oder 10 x 50 Minuten) je **Krankheitsfall**
- **ohne** vorherige psychotherapeutische Sprechstunde: bis zu **vier** TE mit jeweils 100 Minuten (oder 8 x 50 Minuten) je **Krankheitsfall**

Probatorik im Gruppensetting

GOP	Teilnehmer
35163	3
35164	4
35165	5
35166	6
35167	7
35168	8
35169	9

Bei **Einbeziehung von Bezugspersonen** bei **Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr** oder **bei Menschen mit geistiger Behinderung** (ICD-10-GM: F70-F79) ist die jeweilige GOP mit dem **Buchstaben „B“** (zum Beispiel 35163B) in der KVDT-Feldkennung 5001 („GNR“) in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Die Probatorik im Gruppensetting nach den GOPen 35163 bis 35169 kann auch in **50-Minuten-Schritten** erbracht und berechnet werden. Die Gesamtsitzungszahl vermehrt sich entsprechend (maximal 6 x 50 Minuten beziehungsweise 10 x 50 Minuten). Die jeweilige GOP ist in diesen Fällen mit dem **Buchstaben „H“** (zum Beispiel 35163H) beziehungsweise bei Einbeziehung von Bezugspersonen mit dem **Buchstaben „Z“** (zum Beispiel 35163Z) in der KVDT-Feldkennung 5001 („GNR“) in der Abrechnung zu kennzeichnen. Dies führt zu einer hälftigen Vergütung und Prüfzeit.

In der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting möglich.

Es gelten die gleichen Abrechnungsausschlüsse wie bei der übrigen Probatorik.

Voraussetzung für die Abrechnung ist eine **Genehmigung der KVB zur Durchführung von Richtlinien-Gruppentherapie**.

Probatorische Sitzungen im Gruppensetting können auch **außerhalb der eigenen Praxisräume** stattfinden (siehe „Gruppenpsychotherapeutische Leistungen außerhalb der Praxisräume“ ab Seite 66).

Gruppentherapie-Patienten (Richtlinientherapie) und Gruppen-Probatorik-Patienten können **gleichzeitig** in gemischten Gruppensitzungen behandelt werden.

Dies gilt sowohl für Gruppensitzungen bei einem Therapeuten als auch für gemeinsame Sitzungen bei zwei Therapeuten. Die jeweils notwendige Gruppengröße ist zu beachten (mindestens drei bis maximal neun beziehungsweise mindestens sechs bis maximal 14 Patienten).

Weitere Informationen zur Abrechnung und zum Ausfüllen des Formblatts PTV 2 finden Sie ab Seite 65 zum Thema „Durchführung der Richtlinien-Gruppentherapie und Probatorik durch zwei Therapeuten“.

Eine **gleichzeitige Anwendung** von Gruppentherapie und probatorischen Sitzungen in derselben Sitzung bei **demselben Patienten** ist **nicht zulässig**.

Bei der **gemeinsamen** Durchführung durch **zwei Therapeuten** gilt Folgendes für den Ansatz der zutreffenden GOPen in Bezug auf die **Gruppengröße** zu beachten:

- Probatorische Sitzung im Gruppensetting mit fest zugeordneten Patienten pro Therapeut:
Jeder Therapeut rechnet die GOP ab, die der Anzahl seiner Bezugspatienten entspricht.

Beispiel:

In einer Gruppe mit insgesamt sieben Teilnehmern sind vier Teilnehmer dem Therapeuten A und drei Teilnehmer dem Therapeuten B zugeordnet. Therapeut A rechnet für seine Bezugspatienten für die Probatorik die GOP mit der Endziffer 4 (GOP 35164) ab, während Therapeut B die GOP mit der Endziffer 3 (GOP 35163) abrechnet.

- Richtlinien-Gruppentherapie mit fest zugeordneten Patienten pro Therapeut:
Jeder Therapeut rechnet die GOP ab, die der Anzahl seiner Bezugspatienten entspricht.
- Gemischte Gruppen von Patienten mit Richtlinien-Gruppentherapie und Patienten mit probatorischen Sitzungen im Gruppensetting:
Alle Patienten sind für die **Ermittlung der Gruppengröße** mitzuzählen. Diese (Gesamt-)Gruppengröße ist ausschlaggebend für die Abrechnung der entsprechenden GOP sowohl für die Patienten mit Probatorik (GOPen 35163 bis 35169) als auch der Patienten mit Richtlinien-Gruppentherapie (GOPen aus Abschnitt 35.2.2). Bei einer gemeinsamen Durchführung einer so gemischten Gruppenbehandlung berechnet jeder Therapeut die GOP nach der Gesamtanzahl seiner Bezugspatienten (Beispiele ab Seite 65).

Psychotherapeutische Sprechstunde

- Ziel der Psychotherapeutischen Sprechstunde ist es, Patienten einen niedrigschwelligen Zugang zur Psychotherapie zu bieten.
- In einem Erstgespräch wird abgeklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Psychotherapie oder ein anderes Unterstützungs- und Beratungsangebot benötigt. Hierbei ist auch eine erste therapeutische Intervention möglich.
- Am Ende der Psychotherapeutischen Sprechstunde muss dem Patienten die individuelle Patienteninformation PTV 11 ausgehändigt werden (Dauer mindestens 50 Minuten). Die Sprechstunde muss in der Patientenakte dokumentiert werden (zum Beispiel Datum der Leistungserbringung, diagnostische Erhebung, wesentliche Inhalte der gegebenenfalls stattgefundenen psychotherapeutischen Intervention, sowie die Ergebnisse, siehe auch Psychotherapie-Richtlinie § 38).

Hinweis

Jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss die Sprechstunden anbieten.

In einer Berufsausübungsgemeinschaft erfüllen zwar Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten einen gemeinsamen Behandlungsauftrag, sodass ein arbeitsteiliges Zusammenwirken zumindest denkbar ist. Allerdings stellt § 11 Absatz 13 der Psychotherapie-Richtlinie auf die Person des Therapeuten ab. Die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden gehört folglich zum psychotherapeutischen Versorgungsauftrag und ist daher für jeden Therapeuten verpflichtend.

Die Inanspruchnahme einer Psychotherapeutischen Sprechstunde von insgesamt mindestens 50 Minuten (im ersten Quartal der Behandlung und/oder den drei vorherigen Quartalen) ist vor einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung (Probatorik, Richtlinienpsychotherapie), vor der Akutbehandlung und der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung von jedem Patienten nachzuweisen.

Ausnahmen siehe Hinweis „Psychotherapeutische Sprechstunde“, Seite 37.

35151

Psychotherapeutische Sprechstunde zur diagnostischen Abklärung

- Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung,
- Beratung und/oder Erörterung
- Einzelbehandlung
- Dauer mindestens 25 Minuten

Die Leistung kann zwar antragsfrei abgerechnet werden, unterliegt jedoch nach der Psychotherapie-Richtlinie einer Ansatzbeschränkung.

- Bei Erwachsenen kann die GOP 35151 **je vollendete 25 Minuten** abgerechnet werden und ist **im Krankheitsfall** höchstens **sechsmal berechnungsfähig** (insgesamt bis zu 150 Minuten).
- Bei **Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr** und **Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79)** ist die GOP 35151 höchstens **zehnmals im Krankheitsfall** berechnungsfähig und kann bis zu **viermal** auch **mit relevanten Bezugspersonen** ohne Anwesenheit des Versicherten stattfinden (insgesamt bis zu 250 Minuten).
- Die Abrechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist am selben Behandlungstag nicht neben Leistungen des Abschnittes 35.2 (antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie) möglich.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Die psychotherapeutische Akutbehandlung bietet eine schnelle Behandlung und trägt zur Besserung akuter psychischer Krisen bei.

Ist eine Akutbehandlung nicht ausreichend, sollten Patienten zumindest soweit stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen empfohlen werden können. Eine **Genehmigungspflicht** besteht bei der Akutbehandlung **nicht**, sie muss jedoch bei der **Krankenkasse** mit dem Formular PTV 12 **angezeigt** werden.

Da die Akutbehandlung von der Antragspflicht befreit ist, kann sie zügig nach der Sprechstunde beginnen und das Leistungsangebot der Psychotherapeuten außerhalb der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie ergänzen.

Die erbrachten Stunden der Akutbehandlung werden auf das Therapiekontingent einer Richtlinientherapie gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie angerechnet.

35152

Psychotherapeutische Akutbehandlung

- psychotherapeutische Intervention(en) zur Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen und/oder
- Stabilisierung von Patienten zur Vorbereitung bei Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie
- Einzelbehandlung
- Dauer mindestens 25 Minuten
 - Die psychotherapeutische Akutbehandlung kann **bei Erwachsenen im Krankheitsfall 600 Minuten** umfassen. Die **Mindesteinheit** beträgt dabei **25 Minuten** (24 mal 25 Minuten).
 - Bei **Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr** und **bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79)** kann die psychotherapeutische Akutbehandlung unter **Einbezug von Bezugspersonen** im **Krankheitsfall 750 Minuten** (30 mal 25 Minuten mit **Mindesteinheiten von 25 Minuten**) betragen. Die Anzahl der Einheiten für die Bezugsperson soll dabei ein **Verhältnis von 1:4** zur Anzahl der Einheiten des Versicherten möglichst nicht überschreiten.

Hinweis:

Da in der Systemischen Therapie die Durchführung auch im Mehrpersonensetting stattfinden kann, ist die Akutbehandlung in diesen Fällen nur bei einer Mindesdauer von 50 Minuten berechnungsfähig.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Die **Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** kann **im Anschluss** an die **Psychotherapeutische Sprechstunde** durchgeführt werden.

Sie richtet sich an Patienten, die noch unsicher sind oder Vorbehalte gegenüber einer Gruppenpsychotherapie haben.

Mögliche Ziele sind beispielsweise die Förderung der Gruppenfähigkeiten, die strukturierte Vermittlung von individuell angepassten Informationen zu Diagnosen und ambulanter Psychotherapie, die Förderung von Ressourcen und Unterstützung beim Umgang mit psychischen Symptomen. Hierzu sollen insbesondere niedrigschwellige, syndrombezogene psychotherapeutische und psychoedukative Interventionen eingesetzt werden, um im Sinne einer behutsamen Interaktionsgestaltung an die nachfolgende Gruppenpsychotherapie heranzuführen.

Voraussetzung ist eine Indikation für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung, allein oder in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie.

Um den niedrigschwelligen Zugang zu gewährleisten ist die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung **anzeige-, antrags** und **genehmigungsfrei**.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann im Anschluss an die Sprechstunde bis zu **vier Mal je Krankheitsfall** mit jeweils 100 Minuten (oder 8 x 50 Minuten) durchgeführt werden, insgesamt bis zu 400 Minuten Dauer.

Bei **Kinder- und Jugendlichenbehandlung** oder bei **Menschen mit geistiger Behinderung** (ICD-10-GM: F70-F79) und **Einbezug von Bezugspersonen** sind bis zu 100 Minuten (oder 2 x 50 Minuten) zusätzlich je **Krankheitsfall** möglich, somit insgesamt bis zu 500 Minuten Dauer.

Es erfolgt **keine** Anrechnung auf nachfolgende Kontingente der Richtlinien-Psychotherapie.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ersetzt aufgrund abweichender inhaltlicher Zielsetzung **nicht** die vor einer Richtlinien-Therapie notwendigen probatorischen Sitzungen.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann auch **außerhalb der eigenen Praxisräume** stattfinden (siehe „Gruppenpsychotherapeutische Leistungen außerhalb der Praxisräume“, ab Seite 66).

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung	
GOP	Teilnehmer
35173	3
35174	4
35175	5
35176	6
35177	7
35178	8
35179	9

Bei **Einbeziehung von Bezugspersonen** bei **Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr** oder bei **Menschen mit geistiger Behinderung** (ICD-10-GM: F70-F79) sind bis zu **fünf TE** (Therapieeinheiten) à 100 Minuten im **Krankheitsfall** berechnungsfähig (max. 500 Minuten Dauer).

In diesen Fällen ist die jeweilige GOP mit dem **Buchstaben „B“** (zum Beispiel 35173B) in der KVDT-Feldkennung 5001 („GNR“) in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach den GOPen 35173 bis 35179 kann auch in **50-Minuten-Schritten** erbracht und berechnet werden. Die Gesamtsitzungszahl vermehrt sich entsprechend (maximal 8 x 50 Minuten beziehungsweise bei Einbezug von Bezugspersonen 10 x 50 Minuten). Die jeweilige GOP ist in diesen Fällen mit dem **Buchstaben „H“** (zum Beispiel 35173H) beziehungsweise bei **Einbeziehung von Bezugspersonen** mit dem **Buchstaben „Z“** (zum Beispiel 35173Z) in der KVDT-Feldkennung 5001 („GNR“) zu kennzeichnen. Dies führt zu einer hälftigen Vergütung und Prüfzeit.

In der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting möglich.

Die GOPen werden in die **Berechnung des Strukturzuschlags Psychotherapie** miteinbezogen. Die GOP 35572 wird **automatisch** durch die KVB zugesetzt. Sie müssen diese nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen.

Es gelten die gleichen Abrechnungsausschlüsse wie bei den Gruppen-Psychotherapieverfahren. Zusätzlich sind die neuen GOPen in derselben Sitzung nicht neben den Zuschlägen für die vertiefte Exploration (GOP 35141) und der Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde sowie am Behandlungstag nicht neben den Gruppentherapien nach Abschnitt 35.2.2 berechnungsfähig.

Voraussetzung für die Abrechnung ist eine **Genehmigung der KVB zur Durchführung von Richtlinien-Gruppentherapie**.

35.2 Antragspflichtige Leistungen

Antragsverfahren

Kurzzeittherapie

- Die Kurzzeittherapien (KZT 1 und KZT 2) umfassen **bis zu 24 Therapieeinheiten**. Beantragt werden die **Kontingente von jeweils zwölf Therapieeinheiten in zwei Schritten**. Das jeweilige Kontingent kann als Einzeltherapie (zwölf Stunden) und/oder als Gruppentherapie (zwölf Doppelstunden) in allen vier Behandlungsformen (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie) durchgeführt werden. Auf dem Formular PTV 2 sind die ersten beiden Termine der probatorischen Sitzungen mit anzugeben.

Hinweis:

Bereits **erbrachte Stunden** im Rahmen der **psychotherapeutischen Akutbehandlung** werden mit dem **Stundenkontingent der Richtlinien-therapie verrechnet**.

- Der **Antrag für die Richtlinien-therapie (KZT und LZT)** kann bereits **nach der ersten probatorischen Sitzung gestellt** werden, wenn die zweite Sitzung terminiert ist.
- Für die **KZT 2** ist die Antragstellung **frühestens nach sieben durchgeführten Therapieeinheiten** der KZT 1 möglich.
- Nach **Ablauf einer Drei-Wochen-Frist** nach Antragseingang gelten die Anträge auch ohne Bescheid der Krankenkasse als **bewilligt** und sind **nicht mehr** gutachterpflichtig.
- Fand **innerhalb der vergangenen zwei Jahre** bereits eine Therapie statt, besteht weiterhin **Antrags- und Gutachterpflicht für die Kurzzeittherapie**.

Hinweis:

Seit 1. Juli 2020 müssen Krankenkassen den Bewilligungsbescheid für die Psychotherapie auch in der Kurzzeittherapie an den Therapeuten versenden.

Umwandlung Kurzzeittherapie in Langzeittherapie

- Eine Kurzzeittherapie kann in eine Langzeittherapie überführt werden und ist spätestens mit der **achten Therapie-**

einheit der KZT 2 zu beantragen, damit eine nahtlose Weiterbehandlung gewährleistet wird.

- Mit Antrag des Patienten (PTV 1), dem Formular PTV 2 (Feld „Langzeittherapie als Umwandlung“) erfolgt der Umwandlungsantrag und ist **gutachterpflichtig**.
- Folgende Inhalte sind dem Antrag in einem verschlossenen Briefumschlag für den Gutachter (PTV 8) beizufügen:
 - Bericht an den Gutachter (erstellt gemäß Leitfaden zur Erstellung des Berichts an den Gutachter - PTV3)
 - Durchschrift PTV 2
 - Durchschrift des Konsiliarberichts (Muster 22), sofern erforderlich (nur bei nichtärztlichen Therapeuten)
 - ergänzende Befundberichte, sofern erforderlich

Höhere Vergütung für die ersten zehn Sitzungen der Kurzzeittherapie

Für die ersten zehn Stunden im Rahmen einer Kurzzeittherapie können Zuschläge in Höhe von 15 Prozent abgerechnet werden, wenn der Verpflichtung nachgekommen wird, dass bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 25 Sprechstunden angeboten werden.

Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die Mindestsprechstundenzeiten anteilig. Ausgehend von 25 Wochenstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag sind dies bei einem

- Dreiviertel-Versorgungsauftrag:
18,75 Std./Woche (= 18 Stunden und 45 Minuten),
- hälftigen Versorgungsauftrag:
12,5 Std./Woche (= 12 Stunden und 30 Minuten),
- Viertel-Versorgungsauftrag:
6,25 Std./Woche (= 6 Stunden und 15 Minuten)
(gilt nur für Angestellte)

Die Zuschläge können höchstens zehnmal im Krankheitsfall und nur für die ersten 10 Sitzungen einer Kurzzeittherapie abgerechnet werden.

Sollte eine Kurzzeittherapie im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden, sind die Zuschläge auch berechnungsfähig (zum Beispiel GOP 35591V).

Bei vorangegangener Akutbehandlung können für eine nachfolgende Kurzzeittherapie die Zuschläge angesetzt werden. Die Zuschläge können aber nur auf die Kurzzeittherapie und nicht auf die Akutbehandlung abgerechnet werden.

Beispiel:

Bei einem Patienten werden zwölf Sitzungen à 50 Minuten im Rahmen der Akuttherapie durchgeführt und abgerechnet. Im Anschluss erfolgt eine KZT 2. Die Zuschläge werden hier auf die ersten 10 Sitzungen der KZT 2 abgerechnet.

Zuschläge Kurzzeittherapie	
GOP	Kurzbeschreibung
Zuschlag zur Einzeltherapie im Rahmen der Kurzzeittherapie	
35591	Zuschlag zu den GOP 35401, 35402, 35411, 35412, 35421, 35422, 35431 und 35432
Zuschläge zur Gruppentherapie im Rahmen der Kurzzeittherapie	
35593	Zuschlag zu den GOP 35503, 35523, 35543 und 35703 (3 TN)
35594	Zuschlag zu den GOPen 35504, 35524, 35544 und 35704 (4 TN)
35595	Zuschlag zu den GOPen 35505, 35525, 35545 und 35705 (5 TN)
35596	Zuschlag zu den GOPen 35506, 35526, 35546 und 35706 (6 TN)
35597	Zuschlag zu den GOPen 35507, 35527, 35547 und 35707 (7 TN)
35598	Zuschlag zu den GOPen 35508, 35528, 35548 und 35708 (8 TN)
35599	Zuschlag zu den GOPen 35509, 35529, 35549 und 35709 (9 TN)

Gruppentherapie

Für die Anwendung der vier Behandlungsformen (siehe § 15 der Psychotherapie-Richtlinie) gibt es drei Auswahlmöglichkeiten (siehe § 22 Kombination von Anwendungsformen Absatz 1 sowie § 30 Bewilligungsschritte der Psychotherapie-Richtlinie):

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung oder
- als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung (auch durch zwei Therapeuten)

Die Psychotherapie kann bei der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting durchgeführt werden.

Bei der Behandlung von Patienten in Gruppen umfasst die Größe der Gruppe bei analytisch begründeten Verfahren, Verhaltens-

therapie und Systemischer Therapie **mindestens drei bis höchstens neun Patienten** (bei einem Therapeuten).

Hinweis: Als **psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren** gelten im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie die **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie**.

Die Struktur des EBM sieht für jede Teilnehmerzahl in der Gruppentherapie separate GOPen vor. Da sich der Therapeut bei **Antragstellung nicht schon auf eine Gruppengröße festlegen** muss, können bei der Beantragung im Formblatt PTV 2 **nur die ersten vier Stellen der GOP** eingetragen werden, die **fünfte Stelle** wird mit einem „X“ ersetzt.

Es ist für die Beantragung im Formblatt PTV 2 daher entweder die 3550X, 3551X, 3552X, 3553X, 3554X, 3555X, 3570X oder 3571X anzugeben, wenn Therapieeinheiten für Gruppentherapie im Rahmen einer Gruppen- oder Kombinationsbehandlung beantragt werden (zum Beispiel 3554X bei einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie).

Die Krankenkasse bewilligt dann die GOPen aller Gruppengrößen der beantragten Gruppen- oder Kombinationsbehandlung (zum Beispiel GOP 35543 bis 35549 bei einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie). Der Therapeut rechnet aus diesem bewilligten GOP-Bereich jeweils die GOP der tatsächlichen Gruppengröße ab (zum Beispiel GOP 35543 bei drei Teilnehmern in einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie).

Privat versicherte Patienten sind für die Bestimmung der Gruppengröße und der Wahl der abzurechnenden GOP zu berücksichtigen.

Beispiel:

Bei einer Gruppe aus zwei gesetzlich Versicherten und einem privat Versicherten rechnet der Therapeut die GOP der Dreiergruppe für jeden der gesetzlich Versicherten ab.

Gruppentherapie aus Teilnehmern mit Langzeit- und Kurzzeittherapie

Bei dieser Konstellation ist die Gesamtgruppengröße zu sehen. Es werden alle Teilnehmer der KZT plus alle Teilnehmer der LZT berücksichtigt.

Wichtig hierbei ist, dass für die Kurz- und Langzeittherapie unterschiedliche GOPen angesetzt werden müssen.

Beispiel:

Für eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie mit drei Teilnehmern aus der KZT und drei Teilnehmern aus der LZT rechnet der Therapeut für die KZT die GOP 35506 (sechs Teilnehmer) und für die LZT jeweils die GOP 35516 (sechs Teilnehmer) ab.

Gruppenleitung durch mehrere Psychotherapeuten

Eine Gruppentherapie kann ab sechs Patienten auch von mehr als einem Therapeuten durchgeführt werden.

Jeder Therapeut rechnet die Patienten ab, für die er auch das PTV 2 ausgefüllt hat.

Beispiel:

Zwei Therapeuten führen gemeinsam eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie (KZT) mit acht Patienten durch. Ein Therapeut hat für fünf Patienten das PTV 2 ausgefüllt und der andere Therapeut für drei Patienten.

Somit rechnet Therapeut 1 für jeden „seiner“ Patienten die GOP 35508 (acht Teilnehmer) und Therapeut 2 ebenfalls für jeden „seiner“ drei Patienten die GOP 35508 (acht Teilnehmer) ab.

Antragstellung PTV 2

Antrag **eines** Therapeuten

- Bei Beantragung einer Therapie ist auf dem Formular PTV 2 anzukreuzen, ob ausschließlich Einzeltherapie, ausschließlich Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung vorgesehen ist.
- Bei einer **Kombinationsbehandlung** ist anzugeben, ob die **Einzel- oder Gruppenbehandlung die überwiegend durchgeführte Anwendungsform** ist und ob die **Behandlung** gegebenenfalls **durch zwei Therapeuten** erfolgt.

Antrag von **zwei** Therapeuten

- Bei Beteiligung von zwei Therapeuten ist von **beiden jeweils ein Formular PTV 2** auszufüllen und dem Antrag des Versicherten (einmal PTV 1 ausreichend) beizufügen.

Beispiel:

Zwei Therapeuten beantragen eine Kombinationsbehandlung in der Verhaltenstherapie – als Langzeittherapie mit 60 Therapieeinheiten. Beide Therapeuten geben auf dem Formular PTV 2 das gleiche Behandlungssetting hierzu an (zum Beispiel „Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie“).

Einzeltherapeut A führt darüber hinaus seine **individuell beantragten Therapieeinheiten** auf (zum Beispiel 20 Therapieeinheiten in der Einzelbehandlung);

Gruppentherapeut B „seine“ Therapieeinheiten (zum Beispiel 40 Therapieeinheiten in der Gruppenbehandlung).

Übertragung Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung bei Kombinationsbehandlung

Während einer laufenden Kombinationstherapie können Therapieeinheiten im Verhältnis von 50 Minuten Einzelbehandlung zu 100 Minuten Gruppenbehandlung ohne eine Anzeige gegenüber der Krankenkasse in das jeweils andere Setting übertragen werden.

Folgendes ist dabei zu beachten, wenn

ein Therapeut behandelt:

- Bleibt die überwiegende Anwendungsform bestehen, überwiegt beispielsweise weiterhin die Einzeltherapie, ist weder eine erneute Antragstellung noch eine Anzeige notwendig.
- Ändert sich die überwiegende Anwendungsform, genügt bei der Kurzzeittherapie eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse.
- Bei der Langzeittherapie ist ein neuer Antrag erforderlich – gegebenenfalls auch ein neues Gutachten.

zwei Therapeuten behandeln:

- Bleibt es bei der überwiegenden Form, die beide im Antrag angegeben haben, genügt eine gemeinsame formlose Mitteilung an die Krankenkasse.
- Andernfalls ist ein neuer gemeinsamer Antrag erforderlich.

Durchführung der Richtlinien-Gruppentherapie und Probatorik durch zwei Therapeuten

Gruppentherapie-Patienten (Richtlinientherapie) und Gruppen-Probatorik-Patienten (siehe ab Seite 58) können **gleichzeitig** in gemischten Gruppensitzungen behandelt werden.

Dies gilt sowohl für Gruppensitzungen bei einem Therapeuten als auch für gemeinsame Sitzungen bei zwei Therapeuten. Die jeweils notwendige Gruppengröße ist zu beachten (mindestens drei bis maximal neun beziehungsweise mindestens sechs bis maximal 14 Patienten).

Eine **gleichzeitige Anwendung** von Gruppentherapie und probatorischen Sitzungen in derselben Sitzung bei **demselben Patienten** ist hingegen **nicht zulässig**.

Die **Probatorik im Gruppensetting** und die **(Richtlinien-)Gruppentherapie** ab sechs Patienten kann **gemeinsam durch zwei Therapeuten** geleitet werden. Durch die gemeinsame Leitung können der fachliche Austausch intensiviert und in kritischen Situationen verschiedene Perspektiven eingebracht werden, was den Gruppenprozess für die Patienten insgesamt befördern kann.

Die gemeinsame Durchführung kann praxisübergreifend (siehe auch „Gruppenpsychotherapeutische Leistungen außerhalb der Praxisräume“ ab Seite 66) organisiert werden.

Die Gruppengröße bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie beträgt mindestens sechs bis zu 14 Patienten.

Jeder Therapeut ist dabei für „seine“ **jeweils fest zugeordneten Patienten** (sogenannte Bezugspatienten) **„hauptverantwortlich“**, beispielsweise für die schriftliche Dokumentation.

Ein Therapeut hat hierbei mindestens drei bis zu neun Patienten in hauptverantwortlicher Behandlung.

Beim Ausfüllen des Formblatts PTV 2 gilt Folgendes bei mehreren Therapeuten zu beachten:

Wird die Gruppentherapie von zwei Therapeuten durchgeführt, füllt nur derjenige das Formblatt PTV 2 aus, der die **Hauptverantwortung** für die Gruppentherapie hat.

Wird eine Kombinationsbehandlung von drei Therapeuten (ein Therapeut für Einzeltherapie und zwei Therapeuten für Gruppentherapie) durchgeführt, ist das Formblatt PTV 2 von demjenigen Therapeuten, der die **Einzeltherapie** durchführt, und von dem **hauptverantwortlichen Therapeuten für die Gruppentherapie** auszufüllen.

Bei der **gemeinsamen Durchführung** durch **zwei Therapeuten** gilt Folgendes für den Ansatz der zutreffenden GOPen in Bezug auf die **Gruppengröße** zu beachten:

- Probatorische Sitzung im Gruppensetting mit fest zugeordneten Patienten pro Therapeut:
Jeder Therapeut rechnet die GOP ab, die der Anzahl seiner Bezugspatienten entspricht.

Beispiel:

In einer Gruppe mit insgesamt sieben Teilnehmern sind vier Teilnehmer dem Therapeuten A und drei Teilnehmer dem

Therapeuten B zugeordnet. Therapeut A rechnet für seine Bezugspatienten für die Probatorik die GOP mit der Endziffer 4 (GOP 35164) ab, während Therapeut B die GOP mit der Endziffer 3 (GOP 35163) abrechnet.

- Richtlinien-Gruppentherapie mit fest zugeordneten Patienten pro Therapeut:
Jeder Therapeut rechnet die GOP ab, die der Anzahl seiner Bezugspatienten entspricht.
- Gemischte Gruppen von Patienten mit Richtlinien-Gruppentherapie und Patienten mit probatorischen Sitzungen im Gruppensetting:
Alle Patienten sind für die **Ermittlung der Gruppengröße** mitzuzählen. Diese (Gesamt-)Gruppengröße ist ausschlaggebend für die Abrechnung der entsprechenden GOP sowohl für die Patienten mit Probatorik (GOPen 35163 bis 35169) als auch der Patienten mit Richtlinien-Gruppentherapie (GOPen aus Abschnitt 35.2.2). Bei einer gemeinsamen Durchführung einer so gemischten Gruppenbehandlung berechnet jeder Therapeut die GOP nach der Gesamtanzahl seiner Bezugspatienten.

Beispiel 1 - Gemischte Gruppe bei einem Therapeuten:

In eine bestehende Gruppe aus drei Teilnehmern mit Richtlinien-Therapie wird ein weiterer Patient für probatorische Sitzungen aufgenommen. Für die - bei vorheriger Sprechstunde - maximal möglichen gemeinsamen drei Sitzungen (à 100 Minuten) im Krankheitsfall kann der Therapeut sowohl beim Patienten die Probatorik mit der Endziffer 4 (GOP35164) abrechnen als auch für die drei Teilnehmer der Richtlinien-Therapie die jeweilige GOP aus Abschnitt 35.2.2 EBM mit der Endziffer 4 ansetzen (GOP35xx4). Bei einer Fortführung der Gruppe ohne den Teilnehmer mit Probatorik gilt dann für die verbleibenden drei Teilnehmer der Richtlinien-Gruppentherapie wieder die Gruppengröße von drei.

Beispiel 2 - Gemischte Gruppe bei gemeinsamer Behandlung durch zwei Therapeuten:

In einer Gruppe mit insgesamt acht Teilnehmern sind vier Teilnehmer (3 TN mit tiefenpsychologisch fundierter Langzeittherapie in Gruppe und ein 1 TN mit Probatorik) dem Therapeuten A und vier Teilnehmer (3 TN mit tiefenpsychologisch fundierter Langzeittherapie in Gruppe und 1 TN mit Probatorik) dem Therapeuten B zugeordnet. Beide Therapeuten

rechnen für die in dieser Konstellation durchgeführten Sitzungen bei ihren Bezugspatienten die zutreffenden GOPen mit der Endziffer 4 ab, das heißt für ihre Teilnehmer mit Probatorik die GOP 35164 (+ Kennzeichnung 88135 siehe Hinweis) und für ihre Teilnehmer mit der tiefenpsychologisch fundierten Langzeit-Gruppentherapie die GOP 35514 (+ Kennzeichnung 88135 siehe Hinweis) ab.

Hinweis:

Werden probatorische Sitzungen im Gruppensetting und Richtlinien-Gruppentherapien gleichzeitig in einer Sitzung durch zwei Therapeuten durchgeführt, ist zusätzlich zu den in den Sitzungen durchgeführten Leistungen die Kennnummer 88135 in die Abrechnung einzutragen (Feldkennung 5001 „GNR“).

Gruppenpsychotherapeutische Leistungen außerhalb der Praxisräume

Grundsätzlich sind die Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung in den Praxisräumen des Therapeuten zu erbringen (§ 1 Abs. 4 Psychotherapie-Vereinbarung). Allerdings dürfen die **gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Gruppentherapie** und **probatorische Sitzungen im Gruppensetting** auch **außerhalb** der eigenen Praxisräume in anderen geeigneten Räumlichkeiten stattfinden. Dies können insbesondere die Praxisräume der beiden beteiligten Therapeuten sein, die eine Gruppentherapie gemeinsam durchführen.

Damit Sie gruppenpsychotherapeutische Leistungen auch außerhalb der eigenen Praxisräume erbringen und abrechnen können, ist es erforderlich, dies der KVB **vorab schriftlich** mitzuteilen.

Die Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz ist als Betrieb ausgelagerter Praxisräume möglich (§ 24 Abs. 5 Ärzte-ZV). Eine räumliche Nähe liegt vor, wenn der ausgelagerte Praxisraum von der „Stammpraxis“ aus innerhalb von höchstens 30 Minuten erreicht werden kann.

Hierfür sind Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit der KVB unverzüglich anzuzeigen. Die Ankündigung und/oder das Abhalten von gesonderten Sprechstunden sowie das Anbieten des gesamten Leistungsumfangs der „Stammpraxis“ in ausgelagerten Praxisräumen sind dagegen unzulässig und erfordern gegebenenfalls die Beantragung einer Genehmigung zum Betrieb einer Filialpraxis.

Das notwendige Formular zur Meldung ausgelagerter Praxisräume finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „A“/ Ausgelagerte Praxisräume* oder als komfortable Online-Antragstellung im Mitgliederportal „Meine KVB“.

Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Sämtliche Regelungen zum Antragsverfahren gelten auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Abweichende Besonderheit: Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld können sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen für die Behandlung der Störung mit einbezogen werden. Abweichend zu der Einbeziehung von Bezugspersonen bei Erwachsenen werden bei Kindern und Jugendlichen die für die Bezugsperson(en) genehmigten Stunden zahlen dem genehmigten Stundenkontingent des Patienten hinzugerechnet (siehe auch Seite 24 „Bezugspersonen“).

Genehmigungspflichtige Leistungen

- Abschnitt 35.2.1: Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35435)
- Abschnitt 35.2.2: Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35719)
- Abschnitt 35.2.3: Zuschläge (GOP 35571, 35572, 35573, 35591 bis 35599)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Einzeltherapien im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 35.2.1

35401

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (**Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)**), Einzelbehandlung je 50 Minuten).

Eine Verlängerung der KZT 1 über die vorgesehenen **höchstens zwölf Sitzungen** hinaus ist nicht möglich.

Die Sitzung kann in **zwei Einheiten** von jeweils **mindestens 25 Minuten** Dauer unterteilt werden. Die GOP 35401 kann aber erst abgerechnet werden, wenn der **Leistungsinhalt voll erfüllt ist**, also auch die zweite Einheit erbracht ist. Dies gilt gleichermaßen für die nachfolgende GOP 35402.

35402

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Eine Verlängerung der KZT 2 über die vorgesehenen **höchstens zwölf Sitzungen** hinaus ist nicht möglich.

Die Beantragung der **KZT 2** ist frühestens nach der **siebten Sitzung der KZT 1** möglich.

Eine **Überführung** der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie ist **spätestens** mit der **achten Sitzung der KZT 2** zu beantragen.

35405

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (**Langzeittherapie (LZT)**), Einzelbehandlung je 50 Minuten).

Gruppentherapien im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 35.2.2

In der Gruppentherapie sind Sitzungen von mindestens 100 Minuten vorgesehen.

Es können aber auch Sitzungen von mindestens 50 Minuten durchgeführt werden. Hierzu sind die GOPen mit dem **Buchstaben „H“** zu kennzeichnen (zum Beispiel 35503H). Dies führt zu einer hälftigen Vergütung.

Zwei dieser 50-minütigen Therapieeinheiten ergeben eine Gruppentherapieeinheit im Sinne von § 11 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung mit einer Dauer von 100 Minuten. Demnach entsprechen zwei der mit „H“ gekennzeichneten GOPen einer genehmigten Gruppentherapieeinheit gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung. Beim Einbinden von Bezugspersonen soll anstelle der B-Kennzeichnung eine Kennzeichnung mit dem **Buchstaben „Z“** erfolgen (zum Beispiel 35503Z).

Bei der **Gruppentherapie** wird nach Anzahl der Teilnehmer unterschieden. Möglich sind **drei bis neun Teilnehmer**.

Da bei der Beantragung von Gruppentherapien nicht abschließend festgestellt werden kann, wie viele Patienten letztendlich teilnehmen, ist die letzte Zahl der jeweiligen GOP mit einem „X“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 3550X).

Gruppentherapie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Abschnitt 35.2.2)		
GOP	Teilnehmer	Dauer
35503	3	Kurzzeittherapie
35504	4	
35505	5	
35506	6	
35507	7	
35508	8	
35509	9	Langzeittherapie
35513	3	
35514	4	
35515	5	
35516	6	
35517	7	
35518	8	
35519	9	

Einbezug von Bezugspersonen

Bei Einbeziehung von Bezugspersonen sind die jeweiligen GOPen mit „B“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35503B).

Analytische Psychotherapie

Einzeltherapien im Rahmen der analytischen Psychotherapie 35.2.1

35411

Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung, je 50 Minuten)

Eine Verlängerung der KZT 1 über die vorgesehenen **höchstens zwölf Sitzungen** hinaus ist nicht möglich.

35412

Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Eine Verlängerung der KZT 2 über die vorgesehenen **höchstens zwölf Sitzungen** hinaus ist nicht möglich.

Die Beantragung der **KZT 2** ist frühestens nach der **siebten Sitzung der KZT 1** möglich.

Eine **Überführung** der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie ist **spätestens** mit der **achten Sitzung der KZT 2** zu beantragen.

35415

Analytisch fundierte Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Gruppentherapien im Rahmen der analytischen Psychotherapie 35.2.2

Bei der **Gruppentherapie** wird nach Anzahl der Teilnehmer unterschieden. Möglich sind **drei bis neun Teilnehmer**.

Da bei der Beantragung von Gruppentherapien nicht abschließend festgestellt werden kann, wie viele Patienten letztendlich teilnehmen, ist die letzte Zahl der jeweiligen GOP mit einem „X“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 3552X).

Wie bei den übrigen Gruppentherapien besteht auch bei der analytischen Psychotherapie als Gruppentherapie die Möglichkeit, Sitzungen von mindestens 50 Minuten (statt standardmäßig 100 Minuten) durchzuführen (bei hälftiger Vergütung).

In diesen Fällen kennzeichnen Sie bitte die entsprechende(n) GOP(en) mit dem **Buchstaben „H“** in der Feldkennung 5001 („GNR“) in der Abrechnung. Beim **Einbinden von Bezugspersonen** erfolgt anstelle der B-Kennzeichnung eine Kennzeichnung mit dem **Buchstaben „Z“** (zum Beispiel 35523Z).

Gruppentherapie analytische Psychotherapie (Abschnitt 35.2.2)			
GOP	Teilnehmer	Dauer	
35523	3	Kurzzeittherapie	
35524	4		
35525	5		
35526	6		
35527	7		
35528	8		
35529	9		
35533	3		Langzeittherapie
35534	4		
35535	5		
35536	6		
35537	7		
35538	8		
35539	9		

Einbezug von Bezugspersonen

Bei Einbeziehung von Bezugspersonen sind die jeweiligen GOPen mit „B“ zu kennzeichnen (zum Beispiel (35523B)).

Verhaltenstherapie

Einzeltherapien im Rahmen der Verhaltenstherapie 35.2.1

35421

Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Eine Verlängerung der KZT 1 über die vorgesehenen **höchstens zwölf Sitzungen** hinaus ist nicht möglich.

Die Sitzung kann in **zwei Einheiten** von jeweils **mindestens 25 Minuten** Dauer unterteilt werden. Die GOP 35421 kann aber erst abgerechnet werden, wenn der **Leistungsinhalt voll erfüllt ist**, also auch die zweite Einheit erbracht ist. Dies gilt gleichermaßen für die nachfolgenden GOPen 35422 und 35425.

35422

Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Eine Verlängerung der KZT 2 über die vorgesehenen **höchstens zwölf Sitzungen** hinaus ist nicht möglich.

Die Beantragung der **KZT 2** ist frühestens nach der **siebten Sitzung der KZT 1** möglich.

Eine **Überführung** der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie ist **spätestens** mit der **achten Sitzung der KZT 2** zu beantragen.

35425

Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie 35.2.2

In der Gruppentherapie sind Sitzungen von mindestens 100 Minuten vorgesehen.

Es können aber auch Sitzungen von mindestens 50 Minuten durchgeführt werden. Hierzu sind die GOPen mit dem Buchstaben „H“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35543H). Dies führt zu einer hälftigen Vergütung.

Zwei dieser 50-minütigen Therapieeinheiten ergeben eine Gruppentherapieeinheit im Sinne von § 11 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung mit einer Dauer von 100 Minuten. Demnach entsprechen zwei der mit „H“ gekennzeichneten GOPen einer genehmigten Gruppentherapieeinheit gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung. Beim Einbinden von Bezugspersonen soll anstelle der B-Kennzeichnung eine Kennzeichnung mit dem Buchstaben „Z“ erfolgen (zum Beispiel 35543Z).

Bei der **Gruppentherapie** wird nach Anzahl der Teilnehmer unterschieden. Möglich sind **drei bis neun Teilnehmer**.

Da bei der Beantragung der Gruppentherapien nicht abschließend festgestellt werden kann, wie viele Patienten letztendlich teilnehmen, ist die letzte Zahl der jeweiligen GOP mit einem „X“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 3554X).

Gruppentherapie Verhaltenstherapie (Abschnitt 35.2.2)		
Neu	Teilnehmer	Dauer
35543	3	Kurzzeittherapie
35544	4	
35545	5	
35546	6	
35547	7	
35548	8	
35549	9	
35553	3	Langzeittherapie
35554	4	
35555	5	
35556	6	
35557	7	
35558	8	
35559	9	

Einbezug von Bezugspersonen

Bei Einbeziehung von Bezugspersonen sind die jeweiligen GOPen mit „B“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35543B).

Systemische Therapie (bei Erwachsenen)

Die Systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Das Vorgehen in dieser Psychotherapie berücksichtigt insbesondere die Veränderung sozialer Interaktionen. Daher kann die Systemische Therapie auch im sogenannten Mehrpersonensetting angewendet werden. Hier kommen Spezifika dieses Psychotherapieverfahrens zum Tragen: Für die Erkrankung bedeutsame Beziehungen und Interaktionen, zum Beispiel zwischen einem Patienten und dem Familiensystem, können in diesem Setting besprochen und beeinflusst werden.

Einzeltherapien im Rahmen der systemischen Psychotherapie 35.2.1

35431

Systemische Therapie (KZT 1, Einzelbehandlung, je 50 Minuten)

Eine Verlängerung der KZT 1 über die vorgesehenen höchstens zwölf Sitzungen hinaus ist nicht möglich.

35432

Systemische Therapie (KZT 2, Einzelbehandlung, je 50 Minuten)

Eine Verlängerung der KZT 2 über die vorgesehenen höchstens zwölf Sitzungen hinaus ist nicht möglich.

Die Beantragung der **KZT 2** ist frühestens nach der **siebten Sitzung der KZT 1** möglich.

Eine **Überführung** der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie ist **spätestens** mit der **achten Sitzung der KZT 2** zu beantragen.

Einzeltherapien können in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer unterteilt werden. Die GOPen (zum Beispiel 35431) kann aber erst abgerechnet werden, wenn der Leistungsinhalt voll erfüllt ist, also auch die zweite Einheit erbracht ist.

Zu beachten ist dabei aber, dass die Systemische Therapie auch im Mehrpersonensetting berechnungsfähig ist. In diesen Fällen ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von 25 Minuten nicht möglich.

Gruppentherapien im Rahmen der Systemischen Therapie 35.2.2

In der Gruppentherapie sind Sitzungen von mindestens 100 Minuten vorgesehen.

Es können aber auch Sitzungen von mindestens 50 Minuten durchgeführt werden. Hierzu sind die GOP mit dem Buchstaben „H“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35703H). Dies führt zu einer hälftigen Vergütung.

Zwei dieser 50-minütigen Therapieeinheiten ergeben eine Gruppentherapieeinheit im Sinne von § 11 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung mit einer Dauer von 100 Minuten. Demnach entsprechen zwei der mit „H“ gekennzeichneten GOPen einer genehmigten Gruppentherapieeinheit gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung. Beim Einbinden von Bezugspersonen soll anstelle der B-Kennzeichnung eine Kennzeichnung mit dem Buchstaben „Z“ erfolgen (zum Beispiel 35703Z).

Bei der Gruppentherapie wird nach Anzahl der Teilnehmer unterschieden. Möglich sind drei bis neun Teilnehmer. Da bei der Beantragung von Gruppentherapien nicht abschließend fest-

gestellt werden kann, wie viele Patienten letztendlich teilnehmen, ist die letzte Zahl der jeweiligen GOP mit einem „X“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 3570X).

Gruppentherapie Systemische Therapie (Abschnitt 35.2.2)		
GOP	Teilnehmer	Dauer
35703	3	
35704	4	
35705	5	
35706	6	Kurzzeittherapie
35707	7	
35708	8	
35709	9	
35713	3	Langzeittherapie
35714	4	
35715	5	
35716	6	
35717	7	
35718	8	
35719	9	

Die GOPen 35703 bis 35719 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Einbezug von Bezugspersonen

Bei Einbeziehung der Bezugspersonen sind die jeweiligen GOPen mit „B“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35703B).

Hinweis:

Die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen ist derzeit noch keine Kassenleistung.

Rezidivprophylaxe

Zur Vermeidung von Rückfällen kann **nach Beendigung** einer **Langzeittherapie** eine **Rezidivprophylaxe** durchgeführt werden.

Voraussetzung ist, dass **Reststunden** des bewilligten **Kontingentes** vorhanden sind.

- **Maximal acht Stunden** Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer **von 40 Stunden** oder mehr
- **Maximal 16 Stunden** Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer **von 60 Stunden** oder mehr

Bei **Kindern und Jugendlichen** sowie **Menschen mit einer geistigen Behinderung** (ICD-10-GM: F70-F79) können im Falle der **Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen** bei einer Behandlungsdauer von **40 oder mehr Stunden maximal zehn Stunden** und bei einer Behandlungsdauer von **60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden** für die Rezidivprophylaxe genutzt werden.

Mit der Beantragung einer Langzeittherapie (PTV 2) wird angegeben, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe vorgesehen sind. Es kann auch angegeben werden, dass dies zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht absehbar ist.

Damit mit einer Rezidivprophylaxe begonnen werden kann, ist zuvor die Beendigung der Langzeittherapie in der Praxissoftware zu übermitteln. Dies erfolgt über die GOP 88131 (Anmerkung: Die Beendigung einer Psychotherapie **ohne** anschließende Rezidivprophylaxe wird mit der GOP 88130 angezeigt).

Für die **Kennzeichnung** der Rezidivprophylaxe wurden die Buchstaben „R“, „U“, „X“ und „Y“ aufgenommen.

Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe

„R“: Kennzeichnung der LZT als Rezidivprophylaxe

„U“: Kennzeichnung der LZT als Rezidivprophylaxe mit Einbeziehung Bezugsperson

„X“: Kennzeichnung der LZT (Gruppe) als Rezidivprophylaxe bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten

„Y“: Kennzeichnung der LZT (Gruppe) als Rezidivprophylaxe bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten mit Einbeziehung Bezugsperson

Strukturzuschläge Psychotherapie

Zur Vergütung von höheren Aufwendungen bei der Praxisorganisation (zum Beispiel durch die Beschäftigung von Personal) gibt es drei Strukturzuschläge für die Einzel- und Gruppentherapien im Abschnitt 35.2. sowie für die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung, für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, die Neuropsychologische Therapie (Einzel- und Gruppenbehandlung) sowie die Eingangssprechstunde im Rahmen der Komplex-Richtlinie (KSVPsych-RL) bei Abrechnung definierter Mindestpunktzahlen. Nähere Informationen hierzu finden Sie ab Seite 38.

35571

Zuschlag zu GOP 30932 und Einzeltherapien nach Abschnitt 35.2.1 (35401 bis 35405, 35411 bis 35415, 35421 bis 35425, 35431 bis 35435)

35572

Zuschlag zu GOP 30933, Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (35173 bis 35179) und Gruppentherapien nach Abschnitt 35.2.2 (35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529, 35533 bis 35539, 35543 bis 35549, 35553 bis 35559, 35703 bis 35709, 35713 bis 35719)

35573

Zuschlag zu Psychotherapeutischer Sprechstunde und Akutbehandlung (35151, 35152) sowie Eingangssprechstunde im Rahmen der KSVPsych-RL (37500)

Hinweis:

Die Strukturzuschläge werden automatisch durch die KVB zugesetzt. Die Zusetzung der Zuschlagpositionen erfolgt unabhängig von der Erfüllung weiterer Voraussetzungen für die Vergütung zu jeder abgerechneten psychotherapeutischen Sprechstunde, Akutbehandlung, Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung, Einzel- und Gruppentherapie (Richtlinientherapie), Neuropsychologischen Therapie (Einzel- und Gruppenbehandlung) sowie Eingangssprechstunde im Rahmen der Komplex-Richtlinie (KSVPsych-RL).

35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

Die im Kapitel 35.3 genannten psychodiagnostischen Testverfahren nach GOP 35600 bis 35602 können nur abgerechnet werden von

- Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin
- Vertragsärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Ausnahme:

Für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie sind die Leistungen nach GOP 35600 bis 35602 auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Die Leistungen sind – mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung beziehungsweise Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung – grundsätzlich delegierbar.

Die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35600 bis 35602 sind je fünf Minuten zeitgetaktet berechnungsfähig. In diesem Zeittakt von „je vollendeten fünf Minuten“ ist die Gesamtzeit zur Durchführung des Testgeschehens einzubeziehen:

- Die Zeit, die der Patient benötigt,
- die Zeit der Helferin und
- die Zeit des Arztes (Therapeuten).

Die Höchstgrenzen der oben genannten Leistungen sind je Behandlungsfall zu beachten:

- für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1636 Punkten,
- für Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1092 Punkten

35600 bis 35602

Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren

- Die standardisierten Testverfahren nach den B€GO - EBM-Gebührenordnungspositionen 35600 bis 35602 sind auch während einer Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Psychotherapie als Bestandteil der Therapie je nach erforderlicher Zeit berechenbar (§ 18 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung). In diesen Fällen können die Testverfahren bei Kurzzeittherapie bis zu dreimal berechnet werden, bei Langzeittherapie bis zu siebenmal.
- Die GOPen 35600 und bei Erwachsenen die GOP 35601 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen) zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen zur Videosprechstunde gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind (siehe ab Seite 47).

Neuropsychologische Therapie gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-Richtlinie)

Neuropsychologische Therapien sind all jene Therapieformen, die sich auf die störungsfreie Kontrolle des Gehirns über alle ihm untergeordneten Funktionen beziehen. Sie setzen keine Genehmigung für Psychotherapie voraus.

Das Zentrale Nervensystem hat zusammen mit dem Autonomen Nervensystem die Aufgabe, sämtliche vom Körper gelieferten Daten auszuwerten und die entsprechenden Befehle wieder an den Körper auszusenden.

Wann kommt die neuropsychologische Therapie zur Anwendung?

- Die ambulante **neuropsychologische Diagnostik und Therapie** dient der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Betroffen sind Patienten zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder Unfall.
- Begonnene Behandlungen – während der stationären Akutphase eingeleitet – können ambulant fortgesetzt werden.

Ausnahmen:

- Bei einer Gehirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei **erwachsenen Patienten**, deren **Beginn länger als fünf Jahre** zurückliegt, sind in begründeten Einzelfällen auf Antrag bei der Krankenkasse möglich.

Wie erfolgt die Feststellung der Indikation?

Die Feststellung der Indikation erfolgt **zweistufig**.

- Stufe 1: somatische Abklärung
 - Ein Arzt klärt ab, ob der Patient an einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung leidet.
- Stufe 2: neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplan
 - Nach Feststellung der Diagnose prüft ein **anderer Arzt oder Psychotherapeut** mit neurologischer Zusatzqualifikation, ob eine neuropsychologische Therapie für den Patienten infrage kommt.

Hinweis:

Aus Qualitätssicherungsgründen darf die Diagnose der Stufe 1 nicht von ein und demselben Arzt durchgeführt werden, der gegebenenfalls die neuropsychologische Therapie durchführt.

Indikationen zur neuropsychologischen Therapie sind (gemäß Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD-10):

ICD-Code	Internationale Klassifikation der Krankheiten
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F06.6	Organische emotional labile (asthenische) Störung
F06.7	Leichte kognitive Störung
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

Wer darf Diagnostik und Therapie durchführen?

■ Diagnostik Stufe 1

Zur Feststellung der **Indikation** gemäß § 5 Absatz 2 sind berechtigt: Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

■ Diagnostik Stufe 2

Zur neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Absatz 3 und zur neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 sind nur berechtigt: Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine neuropsychologische Zusatzqualifikation nachweisen können.

Hinweis:

Die Facharztbezeichnung ohne die Zusatzqualifikation ist nicht ausreichend. Solange eine Zusatzqualifikation der Ärztekammer noch nicht vorliegt, ist der Nachweis der Voraussetzungen für eine neuropsychologische Zusatzqualifikation gemäß **Abschnitt B. I. der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer** zu führen.

Weitere Informationen zur Antragstellung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formular-service unter *Buchstabe „N“/Neuropsychologische Therapie*

Wie erfolgt die Therapie?

- Die neurologische Therapie ist **nicht** antragspflichtig. Der Beginn der Behandlung ist lediglich der Krankenkasse anzuzeigen und zwar **spätestens** mit Abschluss der probatorischen Sitzungen.

Anmerkung: Ein spezieller Vordruck ist bisher nicht vorgesehen.

- Sie kann in Form von Einzel- oder Gruppenbehandlungen mit **maximal fünf Patienten** durchgeführt werden (§ 7 der Anlage).
- Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Behandlung **auch außerhalb** der Praxis/Einrichtung erbracht werden (zum Beispiel bei Schädigung und Behinderung nach erworbener Hirnschädigung usw.). Eine gesonderte Begründung und Dokumentation ist notwendig (§ 9 der Anlage).
- Die neuropsychologische Diagnostik (Stufe 2) und Behandlung ist **persönlich** durch den Arzt/Psychotherapeuten zu erbringen, der über eine entsprechende Genehmigung der KVB verfügt.

Wie erfolgt die Qualitätssicherung?

- Ärzte und Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung zur neuropsychologischen Diagnostik (Stufe 2) und Therapie sind verpflichtet,
 - die Befunde (nach § 5 der Anlage),
 - den Therapieplan sowie den Behandlungsverlauf, Änderungen im Therapieplan,
 - die Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und
 - die Gesamtbehandlungsanzahlzu dokumentieren.

- Dokumentiert werden muss ferner, wenn
 - sich die Dauer der Behandlungseinheiten reduziert,
 - der Behandlungsumfang aus medizinischen Gründen verlängert werden muss oder
 - sich die Therapie außerhalb der Praxis/Einrichtung als medizinisch notwendig erweist.

In allen drei Fällen ist eine **Begründung** erforderlich.

Die Überprüfung der Dokumentation sowie der Indikation erfolgt durch Stichproben im Einzelfall.

Abrechnungshinweise

Die im Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen sind im **Behandlungsfall** neben Kapitel 35 Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie, Abschnitt 35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen, 35.2 Antragspflichtige Leistungen und 35.3 Testverfahren **nur berechnungsfähig**,

wenn

- durch den behandelnden Arzt dargelegt wird, dass der Einsatz von Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie aufgrund eines über die Indikationsstellung für die Neuropsychologie hinausgehenden Krankheitsbildes indiziert ist und
- durch den Einsatz einer parallelen Behandlung mit Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie ein Heilungserfolg zu erzielen ist, der mit der neurologischen Behandlung alleine nicht erreicht werden konnte.

Die GOPen 30932 und 30933 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung in Anlehnung an § 17 der Anlage 1 zum BMV-Ä ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik,

Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind.

Werden die Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt, sind diese mit dem Buchstaben „V“ in der Abrechnung zu kennzeichnen (zum Beispiel 30932V).

Die Vergütung der Gebührenordnungspositionen 30930 bis 30935 erfolgt **außerhalb MGV**.

Leistungsumfang

Der **Leistungsumfang** der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie umfasst **genehmigungsfrei**:

- Vor Beginn der Therapie bis zu **fünf** probatorische Sitzungen.
- Einzelbehandlung bis zu **60 Behandlungseinheiten** (je Krankheitsfall à 50 Minuten).
- Gruppenbehandlung bis zu **40 Behandlungseinheiten** (je Krankheitsfall à 100 Minuten).
- Sowohl in der Einzelbehandlung als auch in der Gruppenbehandlung (bei Kindern - und Jugendlichen) können Bezugspersonen einbezogen werden.
- Die Behandlungseinheiten (mindestens 50 Minuten bei der Einzelbehandlung, mindestens 100 Minuten bei der Gruppenbehandlung) können - bei medizinischer Notwendigkeit - in zwei Einheiten (mindestens jeweils 25 Minuten bei der Einzelbehandlung, mindestens jeweils 50 Minuten bei der Gruppenbehandlung) unter entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (maximal 120 bei der Einzeltherapie, maximal 80 bei der Gruppentherapie) unterteilt werden.
- Im besonderen Einzelfall ist bei der Einzelbehandlung eine Überschreitung um bis zu **maximal 20 Behandlungseinheiten** je Krankheitsfall zulässig, beziehungsweise um bis zu maximal **40 Behandlungseinheiten** (bei Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten).

Welche EBM-Leistungen können abgerechnet werden?

30930

Krankheitsspezifische **neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren**

Die Leistung ist je fünf Minuten zeitgetaktet berechnungsfähig.

Die Höchstgrenzen der oben genannten Leistung sind je Behandlungsfall zu beachten:

- für **Versicherte** bis zum vollendeten 21. Lebensjahr nur bis zu einer **Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten**.
- für **Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres** nur bis zu einer **Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten**.

Die GOP 30930 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung beziehungsweise Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.

Hinweis:

Die Durchführung von psychometrischen Tests kann vor oder nach probatorischen Sitzungen beziehungsweise Therapiesitzungen gemäß GOP 30931, 30932 oder 30933 erfolgen. Die Durchführung, Aufzeichnung und Auswertung der Tests kann nicht während der probatorischen oder therapeutischen Sitzungen erfolgen.

30931

Probatorische Sitzung

Anmerkung:

- Die GOP ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechnungsfähig.
- Die Leistung beinhaltet nicht die Durchführung, Auswertung und/oder Aufzeichnung der Testverfahren gemäß der GOP 30930.

30932

Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)

30933

Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)

Hinweis:

Die Leistung ist am **Behandlungstag höchstens zweimal je Teilnehmer** berechnungsfähig.

30934

Erstellen eines Therapieplans

- einmal im Krankheitsfall

30935

Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall

- einmal im Krankheitsfall

Besondere Kostenträger

Auf Bundes- und auf Landesebene gibt es mehrere **sogenannte Sonstige Kostenträger** (zum Beispiel Bayerische Bereitschaftspolizei, Postbeamte Gruppe A, Sozialämter). Der Leistungsanspruch, den die Versicherten haben, ist teilweise unterschiedlich ausgestaltet. Zum Teil betrifft dies auch die Abrechnung und die Vergütung, die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten für die Behandlung dieser Patienten erhalten. Aus Platzgründen verzichten wir auf eine ausführliche Darstellung. Bitte beachten Sie die Besonderheiten, die wir nachfolgend ausführen. Wenn Sie Fragen haben oder Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Berater.

Ebenso finden Sie weitere Informationen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess unter *Spezielle Abrechnungsthemen/Besondere Kostenträger*

Asylbewerber/Flüchtlinge

Aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) und des Bayerischen Asylvertrags ist die Erbringung von genehmigungspflichtiger Psychotherapie (Abschnitt 35.2) nur mit **vorheriger schriftlicher Genehmigung des zuständigen Sozialamts** zulässig. Die **Antragstellung erfolgt** entsprechend dem Verfahren bei GKV-Patienten **beim Sozialhilfeträger**.

Falls keine ausreichende Verständigungsmöglichkeit mit einem Patienten besteht, kann ein Dolmetscher formlos beim zuständigen Sozialhilfeträger angefordert werden. Die Kosten hierfür übernimmt der Sozialhilfeträger (dies gilt nicht, wenn ein Asylbewerber bereits eine eKG erhalten hat).

Seit 1. April 2017 gibt es eine Asylvereinbarung, an der alle bayerischen Städte und Landkreise teilnehmen.

Grundlage für die Behandlung gemäß § 4 AsylbLG ist stets ein von der jeweiligen Sozialhilfverwaltung ausgestellter, gültiger Behandlungsschein. Dieser muss folgende Daten enthalten:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- fünfstellige Kassenummer der Sozialhilfverwaltung

Bitte beachten Sie die individuellen Angaben der Sozialhilfeverwaltung, insbesondere hinsichtlich des Leistungsumfangs, Gültigkeitszeitraums und behandelnder Fachrichtung. Aufgrund der Vereinbarung haben wir bayernweit einheitliche Regelungen, insbesondere der Leistungsumfang kann bei außerbayerischen Kostenträger abweichen.

Eine Erleichterung stellt auch dar, dass nur noch einheitliche Behandlungsscheine ausgegeben werden und diese nicht mit der Quartalsabrechnung eingereicht werden müssen.

Bei außerbayerischen Sozialhilfeträgern ist es wichtig, die Originalscheine weiterhin mit der Quartalsabrechnung einzureichen.

Auch der Mehraufwand bei einem Erstkontakt wird künftig honoriert. Hierfür wurde eigens eine Mehraufwandpauschale eingeführt. Um diese abrechnen zu können, setzen Sie bitte in Ihrer Abrechnung – einmal je Patient – die GOP 97007 an.

Hinweis: Ein nochmaliger Ansatz der Mehraufwandpauschale in einem der Folgequartale ist für denselben Patienten nicht möglich.

Nicht verwechselt werden mit dem Leistungsanspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG darf die Versorgung von minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen. Diese haben einen Leistungsanspruch der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII, der den Leistungen der GKV entspricht.

Auch Asylbewerber, die sich ohne wesentliche Unterbrechung 18 Monate im Bundesgebiet aufhalten, werden in die gesetzliche Krankenversicherung überführt. Hier gibt es dann nahezu den gleichen Anspruch wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Versorgung von Soldaten der Bundeswehr

Bei Angehörigen der Bundeswehr rechnet der Vertragsarzt beziehungsweise Vertragspsychotherapeut seine Leistungen auch direkt mit der KVB ab. Hierbei sind aber folgende Regelungen zu beachten. Alle Untersuchungen und Behandlungen werden als Einzelleistungen zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung auf Basis des EBM unter Anwendung der regionalen Gebührenordnung am Ort der Leistungserbringung vergütet. Grundsätzlich dürfen **Versicherte der Bundeswehr** einen ärzt-

lichen Psychotherapeuten oder Vertragspsychotherapeuten **nur auf einer vorgenommenen Überweisung von einem Arzt der Bundeswehr (Truppenarzt)** aufsuchen. Stellt der behandelnde Arzt fest, dass ein Kollege hinzugezogen werden sollte, bedarf es einer **erneuten Überweisung** durch den Truppenarzt. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt auf der Grundlage des vorgelegten Überweisungsscheins. Bei umsatzsteuerpflichtigen Leistungen erfolgt eine Direktabrechnung zwischen Vertragsarzt beziehungsweise -psychotherapeut und dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr.

Verfahren zur Durchführung von Psychotherapie

Zur Durchführung einer tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie einer Verhaltenstherapie bei Soldaten darf die Überweisung nur an einen in der vertragsärztlichen Versorgungbehandlungsberechtigten Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten vorgenommen werden. Das Verfahren zur Durchführung der Psychotherapie ergibt sich aus der Anlage 4 des Bundeswehrvertrags.

Nachfolgend die wichtigsten Punkte zur Beantragung einer Therapie bei diesem Personenkreis.

Behandlungs- und Genehmigungsverfahren

Die Genehmigung psychotherapeutischer Behandlungen im Rahmen dieses Vertrags erfolgt durch das Sanitätsamt der Bundeswehr (im folgenden **SanABw** genannt). Wird eine genehmigungspflichtige psychotherapeutische Behandlung durch einen Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten ohne Genehmigung des SanABw begonnen oder durchgeführt, werden die Kosten hierfür von der Bundeswehr nicht übernommen. Die vor Beginn der Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten erforderliche Abklärung einer somatischen Erkrankung wird durch den Truppenarzt auf der Grundlage der sanitätsdienstlichen Bestimmungen veranlasst.

Für die Darstellung der vorgesehenen Behandlungsverfahren und des notwendigen Umfangs einer Psychotherapie gemäß diesem Vertrag finden die PTV-Formulare Anwendung. Ein entsprechender Behandlungsplan und die Anforderung der notwendigen Therapiesitzungen für die Durchführung einer Psychotherapie muss - über den zuständigen Truppenarzt - an das SanABw weitergeleitet werden.

Bei einem Antrag auf Durchführung von Langzeittherapie kann durch das SanABw ein ziviler Gutachter eingeschaltet werden. Die Höhe der Gebühren für Gutachten und Zweitgutachten einschließlich anfallender Kosten richtet sich nach der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen getroffenen Vereinbarung.

Bei Umwandlung einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie ist diese spätestens bis zur 20. Stunde der Kurzzeittherapie durch den Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten dem Truppenarzt vorzulegen, der diese an das SanABw weiterleitet. Der Truppenarzt überweist den Soldaten mit der Genehmigung des SanABw (vierfach - gleichzeitig Behandlungsausweis) an den Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten.

Die Bundeswehr gewährt auch bei der **psychotherapeutischen Behandlung von Soldaten der Bundeswehr** bei der Abrechnung von Leistungen nach den GOPen 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde), 35152 (Akutbehandlung) und der GOPen des Abschnitts 35.2.1 und 35.2.2 (Einzel- und Gruppentherapien) die Strukturzuschläge Psychotherapie.

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung wird der **Zuschlag bereits ab der ersten Sitzung** gezahlt, dafür aber nur in halber Höhe.

Hinweis:

- Der Strukturzuschlag ist ab der ersten Sitzung berechnungsfähig.
- Die Bewertung erfolgt mit dem im EBM **ausgewiesenen Punktwert multipliziert mit dem Faktor 0,5**.
- Das heißt: Es wird ein **halber Zuschlag** gewährt, dafür aber bereits **ab der ersten Sitzung**.
- Die Vergütung erfolgt **extrabudgetär**.
- Der Strukturzuschlag wird **automatisch durch die KVB zugezahlt**. Kein gesonderter Eintrag in der Abrechnung durch die Praxis erforderlich.

Bei Ablehnung der Genehmigung durch das SanABw unterrichtet der Truppenarzt hierüber den zivilen Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten und belehrt den Soldaten aktenkundig über die Ablehnung.

Anders als in der Psychotherapie-Richtlinie gilt für die Probatorik folgende Regelung: Es können fünf Sitzungen beziehungsweise bei analytischer Psychotherapie acht Sitzungen erbracht werden.

Weitere Informationen zum Vertrag der Bundeswehr, Anlage 4 finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess unter *Spezielle Abrechnungsthemen/Besondere Kostenträger*.

Vereinbarung zur Versorgung von besonderen Sozialhilfeempfänger

Seit 1. Oktober 2019 besteht eine Vereinbarung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung für sogenannte besondere Sozialhilfeempfänger mit Behandlungsschein.

Ziel der Vereinbarung ist es, durch die Regelungen insbesondere eine Vereinheitlichung und Vereinfachung des Verfahrens zur ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung von Patienten, die nicht krankenversichert sind, zu erreichen.

Die betroffene Personengruppe sind sogenannte besondere Sozialhilfeempfänger. Dabei handelt es sich um Patienten, die mit einem speziellen Behandlungsschein vom „Amt“ – also von den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder den Bezirken in Praxen kommen.

Auch hier gibt es einheitliche Behandlungsscheine, die nicht mit der Abrechnung eingereicht werden müssen, sondern in der Praxis verbleiben.

Behandlungsscheine außerbayerischer Sozialhilfeträger sind weiterhin bei der KVB mit den Abrechnungsunterlagen einzureichen. Es nehmen alle Städte und Bezirke sowie der überwiegende Teil der Landkreise in Bayern an der Vereinbarung teil.

Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Psychotherapie in der gesetzlichen Unfallversicherung

Seit 1. Oktober 2015 ist das Verfahren als Anhang 2 in den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger integriert.

Soweit es zur Mitbehandlung erforderlich ist, sind am [Psychotherapeutenverfahren Beteiligte](#) hinzuziehen. Zur Hinzuziehung sind nur Durchgangsarzte berechtigt.

Weitere Informationen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, Anlage 2 finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess unter *Spezielle Abrechnungsthemen/Besondere Kostenträger*.

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Psychotherapeuten können bei Indikationen in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) tätig werden. So können sie zum Beispiel bei der Behandlung des MARFAN-Syndroms und von Magen-Darm-Tumoren bei medizinischer Notwendigkeit hinzugezogen werden. Weitere Indikationen, die im Rahmen der ASV unter Hinzuziehung von Psychotherapeuten behandelt werden können, werden sukzessive erarbeitet und im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossen.

Informationen zur ASV und allen beschlossenen Anlagen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/asv

Praxisnetze

In Praxisnetzen können Psychotherapeuten teilnehmen mit den Zielen:

- Verbesserung der Kommunikation der Ärzte und Psychotherapeuten untereinander
- Optimierung der Versorgung von Patienten im Netz
- Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen wie Krankenhäuser, Apotheken
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte und Psychotherapeuten

KSVPsych-RL: Vergütung zum 1. Oktober 2022 beschlossen

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Die Komplex-Richtlinie (KSVPsych-RL) beschreibt und regelt ein neues Versorgungsprogramm für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen. Im Sinne der Patienten stehen dabei die berufsgruppenübergreifende, interdisziplinäre Versorgung, eine aufeinander abgestimmte und vernetzte wohnortnahe Betreuung sowie ein sektorübergreifender Ansatz im Vordergrund. Für die Durchführung und Abrechnung ist ein Kooperationsvertrag (sogenannter Netzverbund) notwendig. Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss von Ärzten und Psychotherapeuten, die die psychiatrische Komplexversorgung auf regionaler Ebene organisieren.

Weitere Informationen zu den Anforderungen, den Genehmigungs- und Abrechnungsvoraussetzungen sowie der Vergütung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychiatrische-komplexversorgung

Disease-Management-Programme (DMP)

Ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) soll die Versorgung der Patientinnen mit Brustkrebs verbessern. Folgende Merkmale bestimmen das DMP Brustkrebs:

- qualitätsorientierte und patientinnenbezogene Betreuung
- interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufs

Psychotherapeuten können am strukturierten psychotherapeutischen psychoonkologisch orientierten Begleitungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot im DMP Brustkrebs teilnehmen (siehe auch Stichwort Psychoonkologie, ab Seite 34).

Informationen für neu niedergelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten

Welche wichtigen Informationsquellen sind für unsere neu niedergelassenen Mitglieder interessant?

Starterpaket

Im Starterpaket finden Sie Hinweise und Fundstellen, die Sie für die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung benötigen. Dieses Angebot richtet sich in erster Linie an neu zugewasene und angestellte Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten sowie an diejenigen, die von der einen Teilnahmeform in eine andere wechseln. Sie können die einzelnen Dokumente ausdrucken, gegebenenfalls manuell ausfüllen und versenden. Einige andere können Sie auch elektronisch ausfüllen.

Bitte beachten Sie, dass sich die einzelnen Rechtsvorschriften, Informationen und Verfahrensweisen häufig ändern.

Mit unserem Informationsangebot auf unserer Internetseite, unseren KVB-Serviceschreiben, dem Mitgliedermagazin KVB FORUM und den KVB INFOS halten wir Sie auf dem Laufenden. Weitere Informationen zum Starterpaket finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/starterpakete

Patenprogramm

Um den Einstieg in die Praxistätigkeit zu erleichtern, stellen wir allen neuen Mitgliedern – ganz gleich ob zugelassen oder angestellt – die erste Zeit einen erfahrenen Berater als Paten zur Seite. Die Teilnahme am Patenprogramm erfolgt für alle neuen Mitglieder automatisch durch Kontaktaufnahme eines Beraters. Dieser Service ist selbstverständlich kostenfrei. Falls Sie kein Interesse an unserem Patenprogramm haben, können Sie dies einfach dem Berater mitteilen.

Übersicht der Beratungsleistungen für niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten

- Telefonische Begrüßung und Starterberatung des Mitglieds durch einen erfahrenen Berater
- Erklärung der Online-Themen durch Operative Betreuung Online-Themen (OBOT); insbesondere Online-Zugänge und Abrechnungseinreichung
- Persönliche Beratung vor der ersten Abrechnung durch einen Praxisberater
- Erläuterung der Arzneimittel-Trendmeldung durch Verordnungsberater (entfällt bei Psychotherapeuten)
- Besprechung der vorläufigen Richtigstellung (bei Auffälligkeiten) mit einem Praxisberater nach Erstellung durch die Honorarabteilung
- Besprechung des ersten Honorarbescheids mit einem Praxisberater
- Honoraranalyse nach vier Quartalen durch einen Praxisberater (entfällt bei Psychotherapeuten)
- Beendigung der Patenschaft

Der Pate wird ein individuelles Programm aus den genannten Beratungsthemen, speziell zugeschnitten auf die Praxis und die Bedürfnisse jedes einzelnen Mitglieds, zusammenstellen.

Übersicht der Beratungsleistungen für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

- Telefonische Begrüßung und Starterberatung des angestellten Arztes/Psychotherapeuten durch einen erfahrenen Berater
- Telefonische Beratung des Anstellers
- Erläuterung der Arzneimittel-Trendmeldung durch Verordnungsberater (entfällt bei Psychotherapeuten)
- bei Bedarf: Beratung zu den Abrechnungsziffern
- Beendigung der Patenschaft

Weitere Informationen zum Patenprogramm finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/patenprogramm

Besondere Genehmigungen

Für die Abrechnung vieler ärztlicher beziehungsweise psychotherapeutischer Leistungen bestehen besondere Genehmigungsanforderungen.

Was Sie wissen sollten: Damit Ihnen keine Honorarnachteile entstehen, sollten Sie darauf achten, dass Sie in zeitlichem Zusammenhang mit der Zulassung die notwendigen Genehmigungen für diese Leistungen beantragen beziehungsweise die Teilnahme an Selektivverträgen oder Disease Management Programmen (DMP) erklären. Welche Leistungen genehmigungspflichtig sind, können Sie dem „Überblick Abrechnungsberechtigungen“ (Anlage zum Zulassungsantrag) entnehmen.

Nach ständiger Rechtsprechung können solche Genehmigungen nicht rückwirkend erteilt werden – dies bedeutet, dass Leistungen vor Erteilung der Genehmigung nicht erbracht und abgerechnet werden dürfen und nicht vergütet werden können.

Als Einzelformular finden Sie den „Überblick Abrechnungsberechtigungen“ auch unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „A“/Abrechnung/Abrechnungsberechtigungen Arzt bzw. Psychotherapeuten*.

Fallzahlmeldung und Antrag auf Abschlagszahlung

- Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende **Vertragsärzte** melden für die ersten zwei vollen Quartale **monatlich** die vorliegende Zahl von Behandlungsausweisen.
- Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende **Psychologische Psychotherapeuten** melden in den ersten zwei vollen Quartalen **monatlich Anzahl und Häufigkeit** der abzurechnenden Gebührenordnungspositionen (GOPen).

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass bei der monatlichen Meldung der Anzahl und Häufigkeit nur die Leistungen gemeldet werden, die tatsächlich in dem betreffenden Abrechnungsquartal von Ihnen abgerechnet werden können.

Den Vordruck „Abschlagszahlung und GOP Meldung“ finden Sie im Starterpaket unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „A“/Abschlagszahlung und Fallzahlmeldung (Ärzte) bzw. GOP-Meldung (Psychotherapeuten)*.

Information und Beratung

Viele Fragen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie sind komplex. Wir unterstützen Sie bei Problemlösungen und helfen Ihnen gerne telefonisch oder in einem persönlichen Beratungsgespräch weiter. Für telefonische Anfragen wenden Sie sich an das zentrale Servicecenter unter:

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Servicezeiten des Servicecenters

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr

Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

Unsere Mitarbeiter beraten Sie an den regionalen Beratungszentren der KVB - nach Terminvereinbarung - auch gerne persönlich. Die jeweiligen Kontaktdaten finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/beratung.

Hinweise:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Sprachformen (wie beispielsweise „Ärztinnen und Ärzte“) nicht in jedem Einzelfall gleichzeitig verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter gleichermaßen.

Wird der Begriff Psychotherapeut verwendet, umfasst dieser sowohl Ärztinnen und Ärzte, die Psychotherapie erbringen, sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, als auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München
www.kvb.de

Redaktion:

KVB Service und Beratung

Gestaltung:

KVB Kommunikation

Titelbild:

Bildmontage: KVB Kommunikation
stock.adobe.com/Gewoldi
stock.adobe.com/A_Bruno

Stand:

August 2023