

Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen

- Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten



© stock.adobe.com/Tobias Machhaus

Inhaltsverzeichnis

1. Praxisführung – Von A bis Z	6
1.1. <u>Altersgrenze für Vertragsärztinnen/-ärzte und -psychotherapeutinnen/-therapeuten</u>	6
1.2. <u>Approbation</u>	6
1.3. <u>Arztregistereintragung</u>	7
1.4. <u>Aus- und Weiterbildung</u>	9
1.5. <u>Bedarfsplanung</u>	10
1.6. <u>Berufsgenossenschaft</u>	11
1.7. <u>Fördermöglichkeiten</u>	12
1.8. <u>Fortbildungsverpflichtung</u>	13
1.9. <u>Kammern für Heilberufe in Bayern</u>	14
1.10. <u>Kassenzulassung</u>	15
1.11. <u>Praxisabgabe</u>	27
1.12. <u>Qualitätsmanagement (QM) in der Psychotherapie</u>	28
1.13. <u>Vermittlung an Psychotherapeutinnen/-therapeuten</u>	28
1.14. <u>Verordnungen durch Psychotherapeutinnen/-therapeuten</u>	29
 2. Spezielle Psychotherapieregungen	 31
2.1. <u>Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung</u>	31
2.2. <u>Psychotherapie-Vordrucke</u>	32
 3. Abrechnung von A bis Z	 35
3.1. <u>Abrechnung ohne/vor der Genehmigung</u>	35
3.2. <u>Akutbehandlung</u>	36
3.3. <u>Altersgrenze für Kinder und Jugendliche (Richtlinien-Psychotherapie)</u>	38
3.4. <u>(Erneute) Antragstellung</u>	38
3.5. <u>Ausstellung von Arbeitsunfähigkeit</u>	39
3.6. <u>Behandlungsfrequenz</u>	39
3.7. <u>Berichtspflicht</u>	40
3.8. <u>Bezugspersonen</u>	40
3.9. <u>Biofeedback-Behandlung keine GKV-Leistung</u>	41
3.10. <u>Diagnosekodierung</u>	41
3.11. <u>Doppelstunden</u>	42
3.12. <u>Elektronische (digitale) Meldung freier Termine – 116117 Terminservice</u>	42
3.13. <u>Expositionsbehandlung</u>	43

3.14. <u>EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)</u>	43
3.15. <u>Genehmigungsantrag</u>	44
3.16. <u>Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung</u>	48
3.17. <u>Hausbesuche</u>	48
3.18. <u>Kassenanfragen</u>	49
3.19. <u>Kassenwechsel</u>	50
3.20. <u>Kennzeichnungspflicht</u>	50
3.21. <u>Konsiliarbericht</u>	51
3.22. <u>KRISENFEST – Präventives gruppentherapeutisches Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche ab 01.10.2023</u>	52
3.23. <u>Obergutachter – Jetzt: Zweitgutachter</u>	53
3.24. <u>Onlinebasierte Interventionen</u>	53
3.25. <u>Patientenquittung</u>	53
3.26. <u>Patientenunterlagen – Einsichtnahme durch Herausgabe an Patientinnen/Patienten oder Kolleginnen/Kollegen</u>	54
3.27. <u>Plausibilitätsprüfung von psychotherapeutischen Leistungen</u>	54
3.28. <u>Psychoonkologie</u>	55
3.29. <u>Psychotherapeutische Sprechstunde</u>	59
3.30. <u>Quartalsabrechnung</u>	61
3.31. <u>Rezidivprophylaxe</u>	61
3.32. <u>Strukturzuschlag Psychotherapie</u>	62
3.33. <u>Tabakabhängigkeit (Raucherentwöhnung)</u>	65
3.34. <u>Telefonische Erreichbarkeit zur Terminvereinbarung</u>	66
3.35. <u>Telefonkosten</u>	66
3.36. <u>Telematikinfrastruktur</u>	66
3.37. <u>Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)</u>	68
3.38. <u>Terminvereinbarung (Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins)</u>	69
3.39. <u>Testverfahren</u>	70
3.40. <u>Therapeutenwechsel</u>	70
3.41. <u>Therapieende</u>	71
3.42. <u>Therapieunterbrechung</u>	71
3.43. <u>Überweisung</u>	71
3.44. <u>„90-Prozent-Regelung“ zur Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen</u>	72
3.45. <u>Vergütungsregelung für psychotherapeutische Leistungen ab 1. Januar 2024</u>	73
3.46. <u>Videosprechstunde (Psychotherapeutische Leistungen per Video)</u> ..	74
3.47. <u>Virtuelle Exposition im Rahmen der Verhaltenstherapie</u>	78
3.48. <u>Zweitgutachter – ehemals Obergutachter</u>	78

4. Psychotherapeutische Leistungsinhalte:	
EBM-Kapitelzuordnung	80
5. Abrechnungsstrukturen des EBM für	
psychotherapeutische Leistungen	81
6. Neuropsychologische Therapie gemäß der	
Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“	115
7. Sonstige Kostenträger	120
7.1 <u>Asylbewerberinnen/-bewerber und Flüchtlinge</u>	120
7.2 <u>Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr</u>	121
7.3 <u>Vereinbarung zur Versorgung</u>	
<u>von besonderen Sozialhilfeempfängern</u>	123
7.4 <u>Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger</u>	123
8. Alternative Versorgungsformen	125
8.1 <u>Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)</u>	125
8.2 <u>Praxisnetze</u>	125
8.3 <u>Komplex-Richtlinie (KSVPsych-RL)</u>	126
8.4 <u>Disease-Management-Programme (DMP)</u>	126
Anhang Neuniederlassung	127
Information und Beratung	130

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

der vorliegende „Wegweiser Psychotherapie“ hat sich seit vielen Jahren als zuverlässige wichtige Hilfestellung für den Praxisalltag in der Psychotherapie bewährt.



Dr. Claudia Ritter-Rupp, 2. stv. KVB-
Vorstandsvorsitzende (© KVB/Nadine
Stegemann)

Darüber hinaus beinhaltet er auch wertvolle Informationen sowohl für ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die für Patientinnen und Patienten psychotherapeutische Behandlungen veranlassen möchten, als auch für die Patientinnen und Patienten selbst. Wir haben den Wegweiser im Juni 2024 überarbeitet.

Kinder und Jugendliche sind den psychischen Folgen, die aus den vielfältigen Krisen unserer Zeit resultieren, in besonderem Maße ausgesetzt. Vor diesem Hintergrund haben wir gemeinsam mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Herbst 2023 mit KRISENFEST ein neues präventives gruppentherapeutisches Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche gestartet.

Im Fokus steht dabei die Prävention der Entwicklung von behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen in Form von Gruppensitzungen. Dieses innovative Versorgungsangebot ist bei Ihnen auf riesiges Interesse gestoßen. Hierfür möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken.

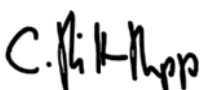
Patientinnen und Patienten können auf Veranlassung von Haus- und Fachärzten oder aus eigener Initiative den Zugang zu einer Psychotherapie finden. Unterstützung bei der Vermittlung eines Ersttermins bietet ihnen hierbei die Terminservicestelle (TSS), während die Koordinationsstelle Psychotherapie für 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 Ihrer 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 Beratungscenter 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 – seit Anbeginn meiner Tätigkeit in der KVB enorm 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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Ritter-Rupp'.

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

1. Praxisführung – Von A bis Z

1.1. Altersgrenze für Vertragsärztinnen/-ärzte und -psychotherapeutinnen/-therapeuten



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

1.2. Approbation

Für Ärztinnen und Ärzte richtet sich die Approbation nach § 3 Bundesärzteordnung.

Für die Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. -therapeut sowie zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -psychotherapeut 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 Studium¹ eine **regelmäßig 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 Psychotherapeutin bzw. -therapeut sowie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut führt nunmehr über ein **spezielles, regelmäßig fünfjähriges Hochschulstudium** und einer **abschließenden staatlichen psychotherapeutischen Prüfung**. Daran schließt sich eine **Weiterbildung in Berufstätigkeit zur Fachpsychotherapeutin bzw. -therapeut** (mit Spezialisierung in den Gebieten „Erwachsene“, „Kinder und Jugendliche“ oder „Neuropsychologische Psychotherapie“) an.

Für einen Übergangszeitraum ist auch noch eine Ausbildung bzw. der Abschluss einer bereits begonnenen Ausbildung nach den alten Regelungen zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. -therapeut sowie zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut möglich.



Da approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten 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 approbierten Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

¹ In der Regel Psychologie für Psychotherapeutinnen und -therapeuten beziehungsweise Sozial-/Pädagogik für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.



1.3. Arztregistereintrag

Antrag auf Eintragung ins Arztregister² als

- Vertragsärztin bzw. -arzt
- Psychologische Psychotherapeutin bzw. -therapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut

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.

Ärztinnen und Ärzte

Folgende Unterlagen müssen dem Antrag im Original beigelegt werden:

1. Geburtsurkunde, ggf. Heiratsurkunde
2. Approbationsurkunde
3. Ggf. 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 bzw. Zeugnisse der bisherigen Tätigkeiten als Ärztin bzw. Arzt seit dem Staatsexamen, einschließlich Bestätigung über derzeitige ärztliche Tätigkeit

² 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)

6. Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer

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

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten³

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 bzw. 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

Dem formellen Antrag im **Original** sind folgende Unterlagen in der angegebenen **Sortierung** beizufügen:

1. Geburtsurkunde, ggf. Heiratsurkunde
2. Urkunde über das Diplom als Psychologin bzw. Psychologe, Pädagogin bzw. Pädagoge oder Sozialpädagogin bzw. -pädagoge
3. Approbationsurkunde
4. Ggf. Promotionsurkunde
5. Nachweise über alle 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):
 - Praxis
 - Supervision
 - Theorie

Bei Antragstellung ist eine Gebühr von **100 €** zu entrichten (§ 46 Absatz Ärzte-ZV).



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

³ Die Voraussetzungen für den Eintrag von Psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten in das Arztregister sind die **Approbation** als Psychotherapeutin bzw. -therapeut nach § 2 oder § 12 des PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung und der **Fachkundenachweis**.

1.4. Aus- und Weiterbildung

Die Weiterbildung von ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten richtet sich nach den Weiterbildungsordnungen (WBO) der Kammern und erfolgt im ambulanten Bereich durch entsprechend weiterbildungsbefugte Ärztinnen und Ärzte.



In Bayern finden Sie weiterbildungsbefugte Ärzte unter www.blaek.de in der Rubrik Weiterbildung.



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

Die Ausbildung von **nichtärztlichen** Psychotherapeutinnen und -therapeuten richtet sich nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für PP und KJP und erfolgt an staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten.



Die staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute für Psychotherapie finden Sie unter www.saap-bayern.de.

Unterscheidung: Praktische Ausbildung – Praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung von nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten:

Im Rahmen des Ausbildungsabschnitts der „**praktischen Ausbildung**“ führen Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in Ausbildungsinstituten eigene **Patientenbehandlungen** unter Supervision durch.

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



Davon zu unterscheiden ist der Ausbildungsabschnitt der „**praktischen Tätigkeit**“. Die praktische Tätigkeit der Psychotherapieausbildung kann unter anderem in der Praxis einer zugelassenen Psychotherapeutin oder eines -therapeuten stattfinden.

Voraussetzung

- Von der ausbildenden Person wurde eine Anstellungsgenehmigung für eine Ausbildungsassistenz beantragt.

Durchführung der Psychotherapiesitzungen im Rahmen der praktischen Tätigkeit

- Die Sitzung führt grundsätzlich die ausbildende Person selbst durch.
- Die auszubildende Person erbringt keine eigenständigen Leistungen, sondern wird **nur unter Anleitung und in Verantwortung** der ausbildenden Person tätig.

Beispiel:

Grundsätzlich ist die Durchführung und Auswertung von Testverfahren (GOP 35600 ff.) delegierbar. Hilfeleistungen von Nicht-Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind nach dem

Bundesmantelvertrag (§ 14 BMV-A) persönliche Leistungen, wenn diese Leistungen angeordnet und fachlich überwacht werden und die auszubildende Person dafür qualifiziert ist. Bei den Testverfahren ist die Überwachung dann gesichert, wenn die ausbildende Person in der Nähe ist. Das bedeutet, sie muss in der Praxis anwesend sein, um ggf. eingreifen bzw. Hilfe anbieten zu können.

- Die unter Anleitung erbrachten Leistungen werden der ausbildenden Person angerechnet und stellen letztendlich Leistungen dieser Person dar.
- Durch die Kennzeichnung der Leistungen mit der LANR der ausbildenden Person kommt die persönliche Leistungserbringung zum Ausdruck.



Es ist im Rahmen der praktischen Tätigkeit nicht zulässig, dass die auszubildende Person selbstständig und ohne jede Anleitung und Aufsicht tätig wird.



Leistungen einer auszubildenden Person, die ohne Anleitung und Aufsicht erbracht werden, können nicht der ausbildenden Person zugerechnet werden. Sie dürfen daher nicht unter deren LANR abgerechnet werden.



Die Anträge auf Genehmigung eines Weiterbildungsassistenten beziehungsweise Psychologischen Ausbildungsassistenten finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter *Buchstabe „A“/Anstellung Assistent*.

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

1.5. Bedarfsplanung

Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind in der Bedarfsplanung der Versorgungsebene der **allgemeinen fachärztlichen Versorgung** zugeordnet. Die maßgeblichen Planungsbereiche für diese Berufsgruppe sind damit:

- Kreisfreie Stadt
- Landkreis
- Kreisregion

Zur Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten gehören überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen und -ärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.⁴ Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sind als solche gemäß § 101 Absatz 4 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig. Für die bedarfsplanerische Bemessung des psychotherapeutischen Leistungsanteils wird bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärztinnen und -ärzten ein Faktor von 0,7 zugrunde gelegt. Die Tätigkeit als zugelassener

⁴ Vgl. § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V

überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärztin oder -arzt ist nur zulässig, wenn gleichzeitig eine Zulassung in ihrem oder seinem Fachgebiet vorliegt oder noch erfolgt. Dort wird sie oder er dann mit dem Faktor 0,3 angerechnet.

Folgende Arztgruppen werden in der Bedarfsplanung zudem mit Mindestversorgungsanteilen berücksichtigt:

- Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem Versorgungsanteil von mind. 25 Prozent, davon Psychosomatikerinnen und -somatiker mit einem Anteil von 50 Prozent.
- Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, mit einem Mindestanteil von 20 Prozent⁵

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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten können Sie sich in unserer **Niederlassungssuche** verschaffen unter www.kvb.de/kuenftige-mitglieder/praxisstart in der Rubrik Allgemeine fachärztliche Versorgung.

1.6. Berufsgenossenschaft

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

Hausanschrift:

BGW Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg
Telefon 040 / 20207 - 0
Fax 040 / 20207 - 2495

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 die Praxisinhaberin bzw. den Praxisinhaber. Diese bzw. dieser ist dabei nicht selbst pflichtversichert. Es besteht aber die Möglichkeit, sich bei der oben genannten BGW freiwillig zu versichern. Nähere Auskünfte hierzu erteilt die zuständige BGW.

⁵ Dies sind ausschließlich für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die keine Personen, deren Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat, zu Lasten der GKV behandeln dürfen. Außerdem Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, deren psychotherapeutische Leistungen, die bei Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen einen Anteil von 90 v. H. erreichen bzw. überschreiten.

1.7. 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. Dadurch soll eine allgemeine bedarfsgerechte Versorgung langfristig sichergestellt und Niederlassungen in ländlichen Gebieten attraktiver gestaltet werden.

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.

Folgende Bereiche werden dabei unter anderem als Fördermaßnahmen bezuschusst:

- Niederlassung
- Praxisaufbau
- Errichtung einer Zweigpraxis
- Anstellung von Ärztin/Arzt, Psychologischer Psychotherapeutin/-therapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-therapeut
- Investitionskosten im Rahmen einer Anstellung von Ärztin/Arzt, Psychologischer Psychotherapeutin/-therapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-therapeut
- Beschäftigung einer nichtärztlichen Praxisassistentin
- Fortführung einer Praxis über das 63. Lebensjahr hinaus
- Beschäftigung einer ärztlichen Weiterbildungsassistentin bzw. einer Psychotherapeutin/-therapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-therapeut in Ausbildung



Näheres hierzu und die notwendigen **Antragsformulare** finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/regionale-finanzielle-foerderungen.

Die ärztliche Weiterbildung bzw. 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 bzw. der praktischen Tätigkeit im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung. Diese wird aus den Haushaltsmitteln der KVB bestritten.



Die jeweiligen **Details** zur gesetzlichen oder KVB-eigenen Förderung der ärztlichen Weiterbildung bzw. 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.



stock.adobe.com/skynesher

1.8. Fortbildungsverpflichtung

Zugelassene, ermächtigte und in Praxen und MVZ angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind – neben dem Berufsrecht – auch nach dem Sozialrecht zur Fortbildung verpflichtet.⁶ 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 entsprechenden Fortbildungspunktekonto bei der BLÄK gutgeschrieben. Das Fortbildungspunktekonto ist für die Mitglieder der BLÄK über das **Online-Portal „Meine BLÄK“** einsehbar.



Denken Sie daran, im BLÄK-Online-Fortbildungsportal das **Einverständnis zur Datenweiterleitung an die KVB** bei Erreichen der 250-Punkte-Grenze innerhalb des maßgeblichen Fünf-Jahres-Zeitraums zu erteilen. Auf diese Weise meldet die BLÄK die Zahl der erworbenen Fortbildungspunkte automatisch an die KVB, sodass Sie für den Nachweis der Fortbildung gegenüber der KVB nichts weiter tun müssen.

⁶ Vgl. § 95d SGB V

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

Psychotherapeutenkammer Bayern (PTK)
Birketweg 30
80639 München

Von dort erhalten Sie das Fortbildungszertifikat, welches Sie bitte als Scan per Mail oder alternativ per Fax an die KVB 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 denken Sie rechtzeitig an die Erfüllung des Fortbildungsnachweises. Nicht oder nicht rechtzeitig eingereichte Fortbildungsnachweise führen zu **Honorareinbußen** und ggf. auch zum Zulassungsentzug.



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

1.9. Kammern für Heilberufe in Bayern

Ärztinnen und Ärzte:

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

Telefon: 089 / 4147 - 0
Fax: 089 / 4147 - 280
E-Mail: info@blaek.de
Website: www.blaek.de

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten:

Psychotherapeutenkammer Bayern (PTK Bayern)
Birketweg 30
80639 München

Telefon: 089 / 515555-0
Fax: 089 / 515555-25
E-Mail: info@ptk-bayern.de
Website: www.ptk-bayern.de

1.10. 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, z.B. das Formular für eine Zulassung unter „Z“.

- **Eintrag ins Arztregister (vgl. Arztregistereintrag)**
- **Persönliche Voraussetzungen**

Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut muss zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit geeignet sein. Nicht zugelassen werden Personen mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere wenn diese innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragsstellung rauchgiftsüchtig 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.
- **Berufshaftpflichtversicherung**

Im Rahmen der Zulassungsbeantragung ist der Nachweis⁷ über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung, die den Anforderungen des § 95e SGBV genügt, erforderlich. Ohne eine entsprechende Bescheinigung kann der zuständige Zulassungsausschuss nicht über den Antrag entscheiden.
- **Bedarfsplanung**

Der Zulassung dürfen keine Zulassungsbeschränkungen bzw. Quotenregelungen entgegenstehen. Das bedeutet, dass für den Planungsbereich, in dem die Niederlassung angestrebt wird, keine arztgruppenbezogene Zulassungsbeschränkung angeordnet bzw. entsprechende fachgebiets- oder 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. Dies ist insbesondere im Interesse derjenigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die wegen familiärer Verpflichtungen, Kindererziehung oder wegen anderweitiger Selbstverwirklichung ihre Zulassung nicht hauptberuflich ausüben möchten. Eine Zulassung im Umfang von 0,25 ist nicht zulässig.

⁷ Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

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 mind. 25 Minuten), bei einer Teilzulassung entsprechend anteilig. Das Angebot Psychotherapeutischer Sprechstunden muss für jede Therapeutin und Therapeuten bei Vollzulassung 100 Minuten betragen, bei Teilzulassung entsprechend anteilig. Für angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten gilt dies entsprechend.

- **Job-Sharing-Zulassung**

In gesperrten Planungsbereichen besteht die Möglichkeit der Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einer neu zuzulassenden Kollegin oder einem Kollegen des gleichen Fachgebiets⁸ unter gleichzeitiger Leistungsbeschränkung (sogenannte Job-Sharing-Zulassung). Dabei ist die Zulassung der Juniorpartnerin bzw. des Juniorpartners an die Zulassung der Seniorpartnerin bzw. des Seniorpartners gebunden (sogenannte „Vinkulierung“). Die Job-Sharing-Praxis ist bei der Leistungserbringung auf eine vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsmenge begrenzt, die regelhaft der Leistungsmenge der Seniorpartnerin bzw. 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 diese bis zum Fachgruppendurchschnitt zzgl. 25 Prozent ausgeweitet werden.

Als „fachidentisch“⁹ gelten bspw. auch folgende Konstellationen:

- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (unabhängig vom Richtlinienverfahren), wobei sich bei Zusammenschluss von Ersterem als Juniorin bzw. Junior mit einer bereits zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeuten als Seniorin bzw. Senior die zuzulassende Psychologische Psychotherapeutin bzw. -therapeut auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beschränken hat.
- Fachärztin bzw. -arzt für Nervenheilkunde mit Ärztin bzw. Arzt, die oder der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt.
- Ärztinnen und Ärzte aus der Gruppe der Nervenärztinnen und -ärzte, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse¹⁰ vorliegen.

Stellt der Landesausschuss in einem bislang gesperrten Planungsbereich wieder eine gewisse Anzahl an Zulassungsmöglichkeiten fest (sogenannte Teil- oder partielle Entsperrung), werden ggf. 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.

⁸ Fachidentität gemäß § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie

⁹ Gemäß § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie

¹⁰ Gemäß § 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V

Für eine Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft können prinzipiell **sämtliche vertragsarztrechtlich zulässigen Gesellschaftsformen** gewählt werden.¹¹ Die Berufsausübungsgemeinschaft ist genehmigungspflichtig und beim Zulassungsausschuss zu beantragen.



Die KVB unterstützt Sie beim Suchen/Finden von Kooperationen unter **www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/kvb-boerse**.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

In einem MVZ können zugelassene oder angestellte Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten tätig werden. MVZ sind ärztlich geleitete Einrichtungen. In rein psychotherapeutischen MVZ können diese auch durch eine psychotherapeutische Leiterin oder Leiter, in ärztlich und psychotherapeutisch fachübergreifenden Einrichtungen auch kooperativ geleitet werden. Die Zulassung eines MVZ bzw. die Tätigkeit in einem MVZ ist durch den Zulassungsausschuss genehmigungspflichtig. Gründungsbefugt für ein MVZ sind unter anderem Vertragsärztinnen und -ärzte oder Krankenhäuser. Auch zugelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten fallen unter den Vertragsarztbegriff.

▪ **Anstellung in Praxen**

Zugelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten können bis zu drei ganztags- oder entsprechend teilzeitbeschäftigte Kolleginnen und Kollegen¹² in ihrer Praxis anstellen. Dabei ist zu unterscheiden, ob im Planungsbereich Zulassungssperren bestehen oder nicht.

In nicht gesperrten Planungsbereichen können Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten anstellen oder umgekehrt. 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 den in der Bedarfsplanung zu berücksichtigenden Anrechnungsfaktor. Auf einen vollen Vertragsarztsitz können dementsprechend 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 anstellender und anzustellender Person., Dabei

¹¹ In der Regel BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft. Einschränkungen des Berufsrechts sind jeweils zu beachten.

¹² Psychotherapeutinnen/-therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten

ist ein Beschäftigungsverhältnis sowohl unter Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig. Bei Beschäftigung einer Psychologischen Psychotherapeutin oder eines -therapeuten durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeuten ist allerdings zusätzlich eine Beschränkung der anzustellenden Person 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 ggf. 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.

! Bitte beachten Sie, dass eine Anstellung von Ärztinnen und Ärzten bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten aus Gründen des ärztlichen Berufsrechts grundsätzlich **nicht möglich** ist.

(Mindest-)Sprechstunden/Offene Sprechstunden

Achtung: Darstellung für vollen Versorgungsauftrag, ansonsten anteilig	„Psychotherapeutische Sprechstunde“	Allgemeine Sprechstunden	Telefonische Erreichbarkeit
	„Erstkontakt, Bedarfsfeststellung“ (GOP 35151)	Patienten-Behandlungszeiten mit oder (freiwillig) ohne Termin	Zeiten für Anrufannahme in der Praxis
Grds. Pflicht für zugelassene und angestellte Ärztinnen/Ärzte + Psychotherapeutinnen/-therapeuten*	→ Wochenminimum: 100 Minuten → KEINE Meldung an KVB → Annahme: Leistungsangebot erfolgt im erforderl. Umfang i.R.v. Sprechstunden ohne Termin	→ Wochenminimum: 25 Stunden → Meldung an KVB verpflichtend → Veröffentlichung in Online-Arztsuche	→ Wochenminimum: 200 Minuten (Mindesteinheit: 25 Minuten) → Meldung an KVB verpflichtend → Veröffentlichung in Online-Arztsuche
		davon ggf. als „offene“ Sprechstunden Patienten-Behandlungszeiten (verpflichtend) ohne Termin	
Ergänzend Pflicht für gem. BMV-Ä definierte EBM-Arztgruppen**		→ Wochenminimum: 5 Stunden → Meldung verpflichtend → Veröffentlichung in Online-Arztsuche	

* Psychotherapeut. Sprechstunde und tel. Erreichbarkeit für Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten (ggf. auch vollumfänglich Ermächtigte) mit Genehmigung für RL-Therapie gem. PT-RL

** z. B. auch: EBM-Kap. 14, 16, 21; aber z. B. nicht: EBM-Kap. 22, 23

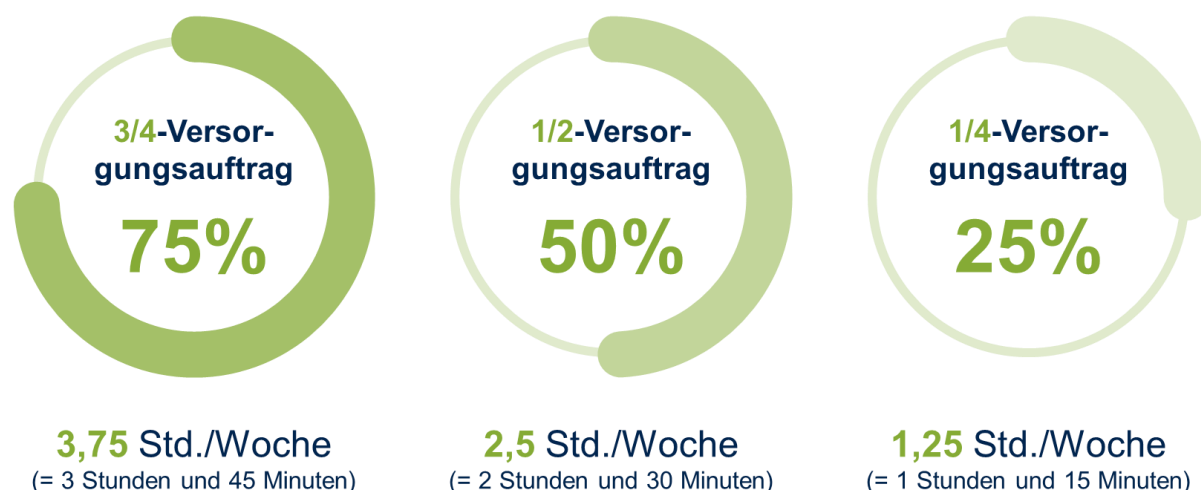
„Sprechstunden“ sind (vorab) festgelegte und bekannt gegebene Zeiträume, in denen die Vertragsärztin bzw. -arzt oder die Vertragspsychotherapeutin bzw. -therapeut- für die Versorgung der GKV-Versicherten an den zugelassenen Tätigkeitsorten unmittelbar zur Verfügung steht. Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung ist verpflichtet, am **Vertragsarztsitz** sowie ggf. weiteren Tätigkeitsorten Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung festzusetzen, bekannt zu geben sowie 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. Dementsprechend ist

bei einer Tätigkeit mit vollem Versorgungsauftrag von zugelassenen oder angestellten Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten an allen zugelassenen Tätigkeitsorten zusammengekommen ein Angebot von mind. 25 Sprechstunden pro Woche für GKV-Patientinnen und -Patienten verpflichtend vorgesehen. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die Mindestsprechstundenzeiten anteilig. Ausgehend von 25 Wochenstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag sind dies:



Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit¹³ können nicht auf die (Mindest-)Sprechstundenzeiten angerechnet werden, denn zu diesen Zeiten steht die Vertragsärztin oder -arzt bzw. -psychotherapeutin oder -therapeut nicht unmittelbar für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Diese Zeiten dienen nur der Terminkoordination und müssen deshalb, wie andere Verwaltungszeiten, unabhängig von der Sprechstundenzeit erbracht werden.

Zudem müssen bestimmte Arztgruppen, die der grundversorgenden und wohnortnahen fachärztlichen Patientenversorgung angehören¹⁴, von den Mindest-Sprechstunden bei vollem Versorgungsauftrag **mind. fünf Stunden** als „offene Sprechstunden“ anbieten – das heißt ohne vorherige Terminvereinbarung. Dies gilt **nicht** für Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Maßgeblich ist hier 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:



¹³ Gemäß § 1 Absatz 8 der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL)

¹⁴ Siehe § 17 Absatz 1c BMV-Ä

Beispiel:

Voller Versorgungsauftrag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00 – 09:00					
09:00 – 10:00	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku
10:00 – 11:00	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku
11:00 – 12:00	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku
12:00 – 13:00	60 Min. Telefon	60 Min. Telefon	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	60 Min. Telefon	60 Min. Telefon
13:00 – 14:00					
14:00 – 15:00					
15:00 – 16:00	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku				
16:00 – 17:00	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku				
17:00 – 18:00	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	50 Min. Sitzung 10 Min. Doku		50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	
18:00 – 19:00		50 Min. Sitzung 10 Min. Doku		50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	
19:00 – 20:00		50 Min. Sitzung 10 Min. Doku		50 Min. Sitzung 10 Min. Doku	

■ Mindestsprechstunden

■ Telefonische Erreichbarkeit

★ Psychotherapeutische Sprechstunde

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)¹⁵:

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen verfügen, müssen unabhängig von ihrem Zulassungsfachgebiet bei einem vollen Versorgungsauftrag pro Woche in der Regel **mind. 100 Minuten**¹⁶ für die „Psychotherapeutische Sprechstunde“ zur Verfügung stellen¹⁷. Das (zeitliche) Angebot der Therapieleistung „Psychotherapeutische Sprechstunde“ kann entweder im Rahmen von offenen Sprechstunden oder im Rahmen von Sprechstunden mit Terminvergabe erfolgen, dies bleibt der Psychotherapeutin bzw. dem -therapeuten überlassen.

¹⁵ Gemäß § 11 Absatz 13 PT-RL

¹⁶ Bei einem Teil-Versorgungsauftrag entsprechend anteilig

¹⁷ Vgl. § 11 Absatz 13 PT-RL



Nähere Details zur Sprechstunden-Thematik finden Sie 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 Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Klassische Vertretungsgründe sind Krankheit, Urlaub und Fortbildung, aber z. B. auch Schwangerschaft und Entbindung.

Eine Vertretung kann prinzipiell entweder durch die Beschäftigung einer Vertreterin oder eines Vertreters in der eigenen Praxis erfolgen oder nach vorheriger expliziter Absprache durch die Praxis einer anderen niedergelassenen Kollegin oder eines niedergelassenen Kollegen¹⁸.

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



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



Eine Vertretung für **genehmigungsfreie** psychotherapeutische Leistungen (z.B. 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 einer Vertreterin bzw. eines Vertreters in der eigenen Praxis in Betracht, nicht aber bei kollegialer Vertretung durch eine andere Praxis. Zudem ist hier zu differenzieren zwischen Kurzzeitvertretungen bzw. temporärem Therapeutenwechsel sowie Langzeitvertretungen bzw. eigenen Therapien der Vertreterin oder des Vertreters.

→ Kurzzeitvertretungen/Temporärer Therapeutenwechsel:

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

¹⁸ Sog. „kollegiale Vertretung“, bis **max. drei zusammenhängende Monate Abwesenheit**

- Langzeitvertretungen/Eigene Therapien der Vertreterin bzw. des Vertreters:
Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen Leistungen inklusive Probatorischer Sitzungen ist ausnahmsweise dann zulässig, wenn innerhalb der Vertretungszeit von einem Abschluss der Therapie durch die Vertretung ausgegangen werden kann.

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

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

Allgemein gilt bei Abwesenheit zu den Praxisöffnungszeiten:



Bitte denken Sie daran, bereits **ab dem ersten Tag der Praxisabwesenheit** eine Vertretung 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, z.B. 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 Kolleginnen und Kollegen eine Information z.B. durch Praxisaushang oder Besprechung des Anrufbeantworters hinterlegt werden, an wen sich die Patientinnen und Patienten ggf. in Krisensituationen wenden können.

Psychotherapeutisch tätige Vertragsärztinnen und -ärzte, die nicht ausschließlich psychotherapeutische Leistungen erbringen, müssen sich bei ihren übrigen ärztlichen Tätigkeiten natürlich vertreten lassen. Hierzu gilt:

- Eine Vertreterin bzw. ein Vertreter benötigt grundsätzlich Arztregistereintragungsfähigkeit¹⁹ und die gleiche Berufsbezeichnung bzw. Fachrichtung wie die zu vertretende Person.
- Für die Vertretung gelten die Abrechnungsbestimmungen des EBM. Sofern die Abrechnungsbestimmungen die Leistungserbringung bestimmten Arztgruppen, Fachgebieten, Schwerpunkten, Zusatzbezeichnungen oder Qualifikationen zuweisen, ist auch die Vertretung bei der Leistungserbringung hieran gebunden.
- Die Kennzeichnung und Abrechnung der Leistungen einer Vertretung, die in der unbesetzten Praxis tätig wird, erfolgt unter der LANR und BSNR der abwesenden Ärztin

¹⁹ Ärztliche Approbation und abgeschlossene ärztliche Weiterbildung bzw. psychotherapeutische Approbation in einem Richtlinienverfahren

bzw. Arztes oder der Psychotherapeutin bzw. des -therapeuten. Bei „kollegialer“ Vertretung durch eine andere Praxis rechnet dagegen die kollegiale Vertretung die Vertretungsleistungen unter der eigenen LANR/BSNR ab.

- Vertretungen (auch kurzzeitige) sind jeweils intern nach folgender Devise zu dokumentieren: „Wer hat wen wie lange aus welchem Grund in der Praxis vertreten“.
- Eine Alternative zur Vertretung kann in bestimmten Fällen eine Sicherstellungsassistenz sein (siehe nachfolgend).
- Vertretungen können im Gegensatz zu anzustellenden Sicherstellungsassistenzen 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 zur Vertretung** unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter unter Praxisführung und Zulassung.

▪ **Sicherstellungsassistenz bei eingeschränkter Praxistätigkeit**

Eine Sicherstellungsassistenz kann auf Antrag und nach entsprechender Genehmigung im Rahmen eines zeitlich befristeten Anstellungsverhältnisses beschäftigt werden, wenn die Inhaberin oder der Inhaber eines Vertragsarztsitzes²⁰ vorübergehend aus bestimmten Gründen daran gehindert ist, ihrem oder seinem 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 einer angestellten Ärztin oder Psychotherapeutin bzw. Arzt oder Psychotherapeuten
- Erkrankung eines Kindes bzw. eines nahen Familienangehörigen
- Erziehung eines Kindes
- Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung
- Tätigkeit als Lehrbeauftragte bzw. -beauftragter und/oder wissenschaftliche Tätigkeit an staatlich anerkannter Hochschule (medizinischer Bereich); Tätigkeit als Lehrbeauftragte bzw. -beauftragter und/oder Supervisorin bzw. Supervisor an anerkanntem psychotherapeutischem Ausbildungsinstitut
- Wahrnehmung berufspolitischer Aufgaben
- Teilnahme an der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

²⁰ Bzw. auch deren angestellte Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Eine Sicherstellungsassistentin muss über die Eintragungsfähigkeit in das Arztregister verfügen. Sie muss zudem grundsätzlich die gleiche Facharztanerkennung vorweisen können wie die anstellende Ärztin oder der anstellende Arzt. Bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten hingegen muss die Approbation identisch sein.



Nicht vergessen: Eine Identität der Therapieverfahren ist bei der Sicherstellungsassistentin nicht erforderlich.

Sofern eine Sicherstellungsassistentin auf ein Richtlinienverfahren spezialisiert ist, das nicht mit der Anstellenden bzw. dem Ansteller übereinstimmt, ist vorab durch die anstellende Person die fachliche Befähigung der Sicherstellungsassistentin für das zusätzliche Therapieverfahren anhand von Zeugnissen, Bescheinigungen, etc. gegenüber der KVB nachzuweisen.

Zulässige Konstellationen:

Zulässig ist die Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. die Beschäftigung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

Unzulässige Konstellationen:

Die Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten als Sicherstellungsassistenten durch eine Ärztin bzw. einen Arzt ist im Hinblick auf die geforderte Fachgebietsidentität **nicht** zulässig.

Demgegenüber ist im Hinblick auf die Fachgebietsidentität die Beschäftigung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten – sowie umgekehrt – grundsätzlich **unzulässig**.

Lediglich in Ausnahmefällen, wenn ohne die Genehmigung einer Sicherstellungsassistentin eine ausreichende Patientenversorgung der jeweiligen Praxis **in besonderem Maße gefährdet** wäre, besteht die Möglichkeit einer intraprofessionellen Beschäftigung.

Die Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten setzt dann jedoch voraus, dass Erstere die formalen Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfüllen. Die Sicherstellungsassistentin ist in diesem Fall wegen des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung auf Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschränkt.

Die Beschäftigung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten setzt voraus, dass Erstere über die formale Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen und selbst bereits Psychotherapieleistungen bei Kindern und Jugendlichen erbracht haben.

Die Beschäftigung einer Ärztin oder eines Arztes durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist **unzulässig**, da Erstere hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nicht-Ärztinnen und -Ärzten entgegennehmen dürfen.²¹

Leistungsumfang:

Die Sicherstellungsassistenz darf im Rahmen ihrer Tätigkeit nur solche Leistungen erbringen, zu deren Durchführung die Anstellerin bzw. der Ansteller selbst berechtigt ist. Bei selbstständiger Durchführung genehmigungspflichtiger Leistungen durch die Sicherstellungsassistenz muss auch diese über die notwendige Qualifikation verfügen.

Über einen Therapeutenwechsel sind die Krankenkassen der therapierten Patientinnen und Patienten zu informieren, da von der Sicherstellungsassistenz in der Regel bereits genehmigte Therapien übernommen werden.

Bei unterschiedlichen psychotherapeutischen Therapieverfahren von Anstellerin bzw. Ansteller und Sicherstellungsassistenz muss für bereits anbehandelte Patientinnen und Patienten ggf. ein Verfahrenswechsel bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden.

Die erbrachten Leistungen werden bei GKV-Patientinnen und Patienten über die Arztnummer (BSNR, LANR) der jeweiligen Anstellerin bzw. des Anstellers abgerechnet.



Die Beschäftigung der Assistenz darf 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 der Sicherstellungsassistenz **widerrufen** werden.

Eine Alternative zur Anstellung einer Sicherstellungsassistenten ist in bestimmten Fällen die Beschäftigung einer Vertreterin oder eines Vertreters (siehe oben).

Die Beschäftigung einer Assistenz kommt außerdem zur Einarbeitung in den Praxisablauf wegen geplanter Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft, wegen geplanter Praxisübergabe oder wegen geplanter Anstellung (sogenannte „**Schnupperassistenz**“) in Betracht. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine Assistenz zur Sicherstellung der Versorgung, deshalb gelten hier zum Teil abweichende Regelungen. Bei Wunsch nach Beschäftigung einer „Schnupperassistenz“ wenden Sie sich bitte an die Beraterinnen und 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 Sicherstellungsassistenz finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter unter Praxisführung und Zulassung im Merkblatt zur Sicherstellungsassistenz.

²¹ Vgl. § 2 Absatz 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

- **Übernahme einer Praxis durch eine (Sicherstellungs-)Assistenz**

Übernimmt eine ehemalige (Sicherstellungs-)Assistenz die Praxis, können bereits von ihr in der bisherigen Praxis erbrachte probatorische Sitzungen nicht erneut erbracht werden.

- **Ruhen der Zulassung/Anstellung**

Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt die Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt (z.B. 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 die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt von ihren bzw. 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 Vertreterinnen bzw. Vertreter oder Sicherstellungsassistenzen tätig werden.

Eine Abänderung der ursprünglich vorgesehenen Ruhenszeit ist durch Beschluss des Zulassungsausschusses möglich. Sollte während oder nach einem Ruhen eine Praxisabgabe geplant sein, muss sowohl bedacht werden, dass ein Ruhen Auswirkungen auf den Praxiswert haben kann als auch die Frage, ob überhaupt noch eine fortführungsfähige Praxis mit einem Patientenstamm vorliegt. Daher sollte immer die Fortführung der Praxis mittels Vertreterin bzw. Vertreter oder Sicherstellungsassistentz 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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten der Fachgebietsbindung, die über eine Weiterbildung in einem sonstigen fachärztlichen Gebiet verfügen. Sie müssen außerdem als „überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig“ zugelassen bzw. in diesem Umfang tätig oder im Rahmen der Zusatzbezeichnung Psychotherapie psychotherapeutisch tätig sein.

Beispielfall:

Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt ist zur psychotherapeutischen Versorgung zugelassen oder eine Frauenärztin bzw. ein Frauenarzt erbringt Leistungen der Psychotherapie im Rahmen dieser Zulassung. Kinderärztinnen und -ärzte sind hier auf die Psychotherapie bei Kindern beschränkt, Frauenärztinnen und -ärzte auf die geschlechtsspezifische Psychotherapie bei weiblichen Patientinnen. Nur Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie können umfassend tätig werden. Bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten gilt dies entsprechend ihrer Zulassung.



stock.adobe.com/pressmaster

1.11. 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 versierten Beraterinnen und Beratern zu vereinbaren.** Diese unterstützen sie mit vielen wichtigen Informationen für die Planung und Durchführung der Praxisabgabe.



Weitere Informationen zum Thema Praxisabgabe sowie zur Einhaltung der Schweigepflicht finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter im Bereich Praxisführung und Zulassung (**Merkblatt Praxisabgabe im gesperrten Planungsbereich sowie Merkblatt Patientenkartei**).



Nutzen Sie auch gerne unsere **KVB-Börse** im Internet unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/kvb-boerse.

1.12. Qualitätsmanagement (QM) in der Psychotherapie

Qualitätsmanagement zielt auf eine patientenorientierte Prozessoptimierung und größtmögliche Patientensicherheit.

Auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind verpflichtet, praxisintern ein Qualitätsmanagement (QM) aufzubauen und weiterzuentwickeln. Zwar unterscheiden sich die Abläufe von denen einer Arztpraxis allein schon dadurch, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten häufig ohne Personal arbeiten. Doch auch sie profitieren von QM. Denn eine gute Praxisorganisation spart Zeit, gibt Sicherheit und erleichtert die Arbeit. Das QM in Praxen steht im Fokus einer **Servicebroschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**. Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Angestellte finden darin Informationen und Tipps zur Umsetzung, Checklisten und mehrere Praxisbeispiele.



Die Broschüre „**Qualitätsmanagement in der Praxis**“ ist in der Reihe „PraxisWissen“ erschienen und kann bei der KBV kostenfrei heruntergeladen werden unter www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Qualitaetsmanagement.pdf.

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.

1.13. Vermittlung an Psychotherapeutinnen und -therapeuten

a) 116117 Terminservicestelle

Die Terminservicestelle ist gesetzlich dazu verpflichtet, Termine für die Psychotherapeutische

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

- **200 Minuten** pro Woche in Einheiten von mind. 25 Minuten bei vollem Versorgungsauftrag/ bei anteiligem Versorgungsauftrag entsprechend
- Telefonische persönliche Erreichbarkeit durch Therapeutin/Therapeut oder das Praxispersonal

Terminservicestelle vermittelt Termine

Erstgespräche im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde

- Es sind mind. **100 Minuten** Sprechstunde bei vollem Versorgungsauftrag bzw. 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.
- Termin muss **innerhalb einer Woche** vermittelt werden und dann innerhalb von vier Wochen stattfinden

Sprechstunde und die Probatorik innerhalb von vier Wochen und für die Psychotherapeutische Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen zu vermitteln. Dieser Service steht Patientinnen und Patienten unter der Telefonnummer 116117 zur Verfügung.

b) Koordinationsstelle Psychotherapie

Der Telefondienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für Patientinnen und Patienten hilft bei der Suche nach einem Therapieplatz für eine psychotherapeutische Behandlung, probatorische Sitzung oder Richtlinientherapie.

Welchen Service bietet die Koordinationsstelle für Patientinnen und Patienten?

- Bekanntgabe von Praxisadressen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit freien Therapieplätzen

Wenn Sie Patientinnen und Patienten über die Koordinationsstelle Psychotherapie informieren wollen, sollten Sie auf Folgendes hinweisen:

Die Koordinationsstelle kann nicht

- Diagnosen stellen,
- Psychotherapien durchführen oder
- 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:

Montag bis Donnerstag	9:00 bis 17:00 Uhr
Freitag	9:00 bis 13:00 Uhr
Telefon	09 21 / 8 80 99 - 4 04 10
Fax	09 21 / 8 80 99 - 4 04 11
E-Mail	patienten-wegweiser@kvb.de



Jeder Anruf wird selbstverständlich vertraulich behandelt.

1.14. Verordnungen durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten dürfen Krankenhausbehandlung und Krankenförderung 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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege berechtigt.

Nutzbare Formulare (identisch zu Vertragsärztinnen und -ärzten):

<i>Muster 2</i>	Verordnung von Krankenhausbehandlung
<i>Muster 4</i>	Verordnung von Krankentransport
<i>Muster 12</i>	Verordnung häuslicher Krankenpflege
<i>Muster 13</i>	Heilmittelverordnung von Ergotherapie (u.a.)
<i>Muster 26</i>	Verordnung von Psychotherapie
<i>Muster 61</i>	Verordnung medizinischer Rehabilitation



Weitere Informationen zu den einzelnen Richtlinien und den Beschlüssen finden Sie 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 Psychotherapie (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)



Die umfassende Broschüre der KBV „**Hinweise zur Verordnung für Psychotherapeuten**“ finden Sie auf www.kbv.de unter der Rubrik Mediathek/Publicationen/PraxisWissen.

2. Spezielle Psychotherapieregelungen

2.1. 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 Patientinnen und Patienten zu einer psychotherapeutischen Richtlinien-Behandlung erfolgt grundsätzlich über die **Sprechstunde**. Diese dient dazu, zeitnah die Notwendigkeit einer Richtlinien-Psychotherapie abzuklären oder ggf. auch andere Angebote (wie z. B. Erziehungsberatung) in Erwägung zu ziehen. Darüber hinaus ist zu untersuchen, ob eine psychiatrische Behandlung bzw. eine Rehabilitation erforderlich ist. Nähere Informationen zur **Psychotherapeutischen Sprechstunde** finden Sie auf Seite 59 unseres Wegweisers.

Die **Akutbehandlung** dient dazu, Patientinnen und Patienten mit psychischen Krisen zu stabilisieren. Darunter ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zu verstehen, die kurzfristig mit bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten ohne Genehmigung durch die Krankenkasse stattfinden kann. Die detaillierten Informationen dazu sind ab Seite 94 nachzulesen.

Die **Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** ist ein weiteres Versorgungsangebot im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde und richtet sich an Patientinnen und Patienten, die noch unsicher sind oder Vorbehalte gegenüber einer Gruppenpsychotherapie haben. Um einen niedrighschwelligen Zugang zu gewährleisten, ist sie anzeige-, antrags- und genehmigungsfrei.

Weitere Informationen finden Sie auf der Seite 48 und ab Seite 95.

Die **Rezidivprophylaxe** stellt eine weitere Behandlungsoption dar. Um Rückfälle zu vermeiden, können nach Beendigung einer Langzeittherapie noch nicht wahrgenommene Stundenkontingente für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden. Die Rezidivprophylaxe kann bis zu **zwei Jahre** nach Abschluss der Langzeittherapie stattfinden. Auch hierzu finden Sie weiterführende Informationen auf der Seite 61 und ab Seite 111 unseres Wegweisers.

Nicht der Richtlinientherapie zugerechnet werden:

- Psychotherapeutische Sprechstunden nach § 11
- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach § 11a
- Probatorische Sitzungen nach § 12
- Psychotherapeutische Akutbehandlung nach § 13
- 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

Ebenfalls Gegenstand von der Vereinbarung sind 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.

2.2. 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 der Versicherten/des Versicherten an die Krankenkasse auf Feststellung der Leistungspflicht

Dreifache Ausfertigung von Formblatt PTV 1

- Original für Krankenkasse
- 1. Durchschrift für Therapeutin/Therapeut
- 2. Durchschrift für Versicherte/Versicherten

PTV 2

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

Dreifache Ausfertigung von Formblatt PTV 2

- Original für Krankenkasse
- 1. Durchschrift für Gutachterin/Gutachter
- 2. Durchschrift für Therapeutin/Therapeut

Muster 7

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



Bei Vertragspsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten ist dieses Muster zusätzlich erforderlich.

Muster 22

Konsiliarbericht einer Vertragsärztin/eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten

Vierfache Ausfertigung des Konsiliarberichts

- Original für Therapeutin/Therapeut
- 1. Durchschrift für Gutachterin/Gutachter
- 2. Durchschrift zum Verbleib bei Konsiliarärztin/-arzt
- 3. Durchschrift für Krankenkasse

PTV 3

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

PTV 4

Auftrag der Krankenkasse zur **Begutachtung** (von Krankenkasse zur Verfügung gestellt)

Folgende **Unterlagen** sind beizufügen:

- Formblatt PTV 5 im Dreifachsatz
- Freiumschlag für Rücksendung der Unterlagen
- Verschlossener Briefumschlag (PTV 8) der Therapeutin/des Therapeuten an Krankenkasse

PTV 5

Stellungnahme der Gutachterin bzw. des Gutachters von Krankenkasse zur Verfügung gestellt)

Dreifache Ausfertigung von Formblatt PTV 5

- Original für Therapeutin/Therapeut
- 1. Durchschrift für Gutachterin/Gutachter
- 2. Durchschrift für Krankenkasse



Die Stellungnahme erhält die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut **direkt** von der Gutachterin bzw. dem Gutachter (PTV 5a).

PTV 8

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

PTV 10

Allgemeine Patienteninformation „Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung“

PTV 11

Individuelle Patienteninformation (im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde)

Zweifache Ausfertigung von Formblatt PTV 11

- Eine Ausfertigung für Versicherte/Versicherten
- Eine Ausfertigung für Therapeutin/Therapeut

PTV 12

Anzeige der Akutbehandlung

Zweifache Ausfertigung von Formblatt PTV 12

- Eine Ausfertigung für Krankenkasse
- Eine Ausfertigung für Therapeutin/Therapeut

Beendigung einer Therapie

Seit 1. Juli 2020 wird das Therapieende mittels **Praxissoftware** übermittelt.

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

3. Abrechnung von A bis Z



3.1. 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 der Versicherten erfolgt. Die Therapeutin bzw. 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 als Therapeutin bzw. Therapeut für nur anzeigepflichtige Akutfälle die Psychotherapeutische Akutbehandlung zur Verfügung. Diese dient auch zur Stabilisierung von Patientinnen und Patienten zur Vorbereitung bei Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie.

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

Feldkennung	Feldbezeichnung laut KVDT	Für Abrechnung über KVB
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 die Versicherte/den Versicherten	
4253	Bewilligte GOP für die Versicherte/den Versicherten	
4254	Anzahl der abgerechneten GOPen für die Versicherte/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 bitte in die in der Tabelle genannten Feldkennungen ein.

3.2. Akutbehandlung

Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Psychotherapeutische Sprechstunde und soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patientinnen und 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 max. 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 bzw. 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 mind. 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, muss ein Antrag auf KZT1 (bzw. 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.



Eine Anrechnung der Stunden der Akutbehandlung auf das Kontingent der Kurz- bzw. 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 bspw. 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.

3.3. 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 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene.

Bis zu welcher Altersgrenze kann eine psychotherapeutische Behandlung durch Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner stattfinden?

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

Bis zu welcher Altersgrenze kann eine Behandlung durch Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -therapeuten stattfinden?

Bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Eine vor dem 21. Lebensjahr begonnene psychotherapeutische Behandlung kann jedoch abgeschlossen werden.

Ab welcher Altersgrenze kann eine Behandlung durch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Regelfall stattfinden?

Bei vorliegender Genehmigung für die Personengruppe:

- Erwachsene – ab dem vollendeten 18. Lebensjahr
- Kinder- und Jugendliche – bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Jugendlichen eine begonnene psychotherapeutische Behandlung, die erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann
- Bei Vorliegen beider Genehmigungen – Kinder- und Jugendliche sowie Erwachsene durchgängig



Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater 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.

3.4. (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 ggf. erneut Psychotherapeutische Sprechstunden und bei Erwachsenen **zwei bis vier** bzw. 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 Patientinnen und Patienten verpflichtend. Das heißt,

dass im Quartal der ersten Behandlung und/oder den drei vorherigen Quartalen insgesamt mind. 50 Minuten von der behandelnden Person selbst oder einer anderen Therapeutin bzw. einem anderen Therapeuten erbracht wurden und dies von Patientenseite mit dem Formblatt PTV 11 nachgewiesen wird.

Wenn die beantragte Psychotherapie bei der ersten Psychotherapeutin bzw. dem ersten Psychotherapeuten noch nicht abgeschlossen ist und die Patientin bzw. der Patient die Therapie bei der behandelnden Person nicht zu Ende bringen will, kann die Krankenkasse einen Abschlussbericht verlangen. Die zweite Psychotherapeutin bzw. der zweite Therapeut fordert diesen bei der ersten behandelnden Person an und legt diesen dann in einem verschlossenen Umschlag für die Gutachterin bzw. den Gutachter bei.



Vielfach wird aufgrund der „Zwei-Jahres-Regelung“ in der Psychotherapie-Vereinbarung die Auffassung vertreten, dass eine Neubeantragung einer Psychotherapie erst nach Ablauf von zwei Jahren nach Beendigung möglich ist. **Dies ist so nicht richtig.** Eine (Neu-)Beantragung ist auch dann möglich, wenn eine Indikation gemäß Abschnitt D 1 PT-RL vorliegt und das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 70 SGB V beachtet wurde.

Weitere Hinweise:

- 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 der Patientin bzw. des Patienten unter erneuter Abrechnung von probatorischen Sitzungen.
- Bereits erfolgte Vergütungen für Leistungen über den Genehmigungsumfang hinaus können im Rahmen von Plausibilitätsprüfungen zurückgefordert werden.

3.5. Ausstellung von Arbeitsunfähigkeit

Beim Ausstellen von Arbeitsunfähigkeit handelt es sich um eine vertragsärztliche Leistung. Diese darf somit durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen **nicht** angeboten werden.

3.6. Behandlungsfrequenz

Die max. Behandlungsfrequenz ist in der Psychotherapie-Richtlinie²² festgelegt und umfasst in der Woche max. drei Behandlungsstunden.

²² Vgl. § 23 Absatz 1

Es kann sich allerdings bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung als notwendig erweisen, ggf. 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.



Bitte denken Sie daran, die Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz in der Antragstellung differenziert zu begründen.

3.7. Berichtspflicht

Es besteht **keine** Berichtspflicht an Hausärztin oder -arzt durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wie auch durch ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Leistungen des Kapitel 35.1 „Nicht antragspflichtige Leistungen“. Die Berichtspflicht (Bericht oder Brief) an Hausärztin oder -arzt (GOPen 01600, 01601) ist erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie ein Brief oder Bericht erstellt und versendet wird für Leistungen nach Kapitel 35.2 „Antragspflichtige Leistungen“. Bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, muss dies mind. **einmal im Krankheitsfall** (aktuelles Quartal und die drei nachfolgenden Quartale) geschehen.²³

3.8. Bezugspersonen

Bei der **Behandlung von Kindern und Jugendlichen** ist es oft notwendig, Gespräche unter psychodynamischen bzw. 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 der Patientin bzw. 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 der Patientin bzw. des Patienten hinzuzurechnen.

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

Bei Kindern und Jugendlichen besteht die Möglichkeit, auch Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld mit einzubeziehen. Dies können bspw. Großeltern, Betreuungspersonen in Kindertagesstätten und Lehrerinnen bzw. Lehrer sein.

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

²³ Ausführliche Informationen finden Sie in der B€GO und im EBM in den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4.



Bei der Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung bzw. Vorliegen einer Intelligenzstörung (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 der Patientin bzw. des Patienten möglichst nicht überschreiten. Die für die Bezugspersonen genehmigte Anzahl der Einheiten ist der Anzahl der Einheiten der Patientin bzw. des Patienten hinzuzurechnen.



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

3.9. Biofeedback-Behandlung keine GKV-Leistung

Die Biofeedback-Behandlung ist seit dem Quartal 4/2015 Teil von Anhang 4 des EBM (Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen). Damit handelt es sich bei der Biofeedback-Behandlung um keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

3.10. Diagnosekodierung

Alle Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten sind gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu kodieren, z. B. 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.



Die **Thesaur**en mit der entsprechenden Kodierung können als Kitteltaschenversion und als Schreibtischauflage von der Internetseite des Zentralinstituts für Kassenärztliche Versorgung unter www.zi.de heruntergeladen bzw. ausgedruckt werden. Für die psychotherapeutische Versorgung stehen die Thesaur

en „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. Sie finden ihn unter <https://icd.kbv.de/icdbrowser/main.xhtml>.

Damit ist es möglich, die Codes in einem Diagnosespektrum 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.

3.11. Doppelstunden

Im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie können Behandlungen als Einzeltherapie der Indexpatientin bzw. des Indexpatienten bei einem Setting im Sinne der intensiven Einbeziehung von Partnerin bzw. Partner oder Familie auch in Doppelstunden durchgeführt 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.

1. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen mit Ausnahme von Menschen mit einer geistigen Behinderung / Vorliegen einer Intelligenzstörung (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.



KVB

3.12. Elektronische (digitale) Meldung freier Termine – 116117 Terminservice

Aufgrund der stetig steigenden Anzahl der zu vermittelnden Termine und um den Anforderungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes gerecht zu werden, hat die KVB den „116117 Terminservice“ (ehemals „eTerminservice“) eingeführt. Fast alle ärztlichen Gruppen sind verpflichtet, freie Termine hierüber an die Terminservicestelle (TSS) zu melden. Dies betrifft auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Durch die komfortable Nutzung des digitalen 116117 Terminservice werden Abläufe in der Praxisorganisation vereinfacht, wie z. B. die Meldung freier Termine an die TSS. Diese sucht dann unter anderem auch über den 116117 Terminservice freie Termine für Patientinnen und Patienten. Zusätzlich sind unter bestimmten Voraussetzungen **extrabudgetäre Zuschläge** möglich.

Um den 116117 Terminservice nutzen zu können, wird lediglich ein **Zugang zum Sicheren Netz der KVen** bzw. zur **Telematik-infrastruktur (TI)** sowie ein aktueller Browser mit aktiviertem JavaScript benötigt.

Die Anwendung ist unter „**Meine KVB**“, Menüpunkt „**Praxisorganisation**“ zu finden. Das Standardprofil zur Terminmeldung wird dabei automatisch aus dem Arztregister übernommen. Zusätzlich können auch Spezialprofile für einzelne Leistungen erstellt werden.



Weitere Informationen sowie einen **Quick Guide** zum 116117 Terminservice finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/116117-terminservice**.



Die Meldung freier Termine erfolgt **ausschließlich über den 116117 Terminservice**.

3.13. Expositionsbehandlung

Als Expositionsbehandlung (auch Konfrontationsbehandlung) wird eine psychotherapeutische Intervention aus dem Bereich der Verhaltenstherapie bezeichnet. Das grundlegende Prinzip dieser Behandlungsmethode ist die Konfrontation mit angstausslösenden Reizen. Solche Reize können soziale Situationen bzw. soziale Phobien (z. B. Kaufhäuser, U-Bahnen oder Busse) oder einzelne Reize (z. B. Spinnen, große Höhe) oder auch Panikstörungen sein.

In der Expositionsbehandlung konfrontiert die Patientin bzw. der Patient sich unter Anleitung der behandelnden Person mit den für ihn spezifisch angstausslösenden Reizen.

Expositionsbehandlungen können in der Verhaltenstherapie z. B. in drei oder vier zusammengefassten Einheiten (Behandlungs-Blöcke) bei bestimmten Indikationen (z. B. bei Patientinnen und 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).

3.14. EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)

Zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung steht eine weitere psychotherapeutische Methode zur Verfügung. Vor allem Patientinnen und 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 Traumapatientinnen und -patienten sowie eine Qualifikation für die Methode EMDR voraus.
- 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.
- EMDR ist nur von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten durchführbar, die die Voraussetzungen nach der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen und über eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.



Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, die bereits über eine entsprechende Genehmigung (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie, analytische Psychotherapie, 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).

Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, die noch nicht über diese Genehmigung verfügen, verwenden bitte die Formulare **„Genehmigungsantrag ärztlicher Psychotherapeut“** bzw. **„Genehmigungsantrag Psychologischer Psychotherapeut“**.

- Da EMDR derzeit nur bei der Therapie von Erwachsenen als Methode anerkannt ist, kann sie zulasten der GKV bzw. im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung nur von ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten erbracht werden, nicht aber von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Auch dann nicht, wenn diese Patientinnen und Patienten behandeln, die das 18. Lebensjahr schon vollendet haben, aber aufgrund ihres Entwicklungsstandes noch als Jugendliche anzusehen sind.
- Therapiestunden im Zusammenhang mit EMDR können ggf. auch als Doppelsitzung erbracht werden.²⁴ 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, z. B. 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.

3.15. Genehmigungsantrag

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

²⁴ Dies ergibt sich aus § 11 Absatz 14, Satz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung: „...bei Anwendung besonderer Methoden“, dazu zählt auch EMDR.

- 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.

Bewilligungsschritte 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 geistiger Behinderung / Vorliegen einer Intelligenzstörung (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 der oder des Versicherten ist der Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der oder des Versicherten hinzuzurechnen. Wird eine höhere Anzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen als geboten angesehen, ist dies im Bericht an die Gutachterin bzw. den Gutachter zu begründen.

Wird hierfür eine höhere Anzahl bewilligt, so reduziert sich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der oder 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 anzeigepflichtig*	Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden Kurzzeittherapie zu verrechnen.		
	Probatorik ■ nach mindestens 50 Minuten Sprechstunde oder einer Akutbehandlung ■ Verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie ■ 2 bis 4 Stunden für Erwachsene	Kurzzeittherapie		Kurzzeittherapie gilt nach dreiwöchiger Frist auch ohne Bescheid als bewilligt; Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachterpflichtig.		
		Langzeittherapie	Verhaltenstherapie (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 Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: 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		
Sprechstunde mindestens 25 Minuten maximal 250 Minuten (10 x 25 Minuten) bei Kindern und Jugendlichen im Krank- heitsfall	Akutbehandlung nach mind. 50 Minuten Sprechstunde		bis zu 12 Stun- den anzeige- pflichtig*		Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden Kurzzeit- therapie zu verrechnen.	
	Probatorik ■ nach mindestens 50 Minuten Sprechstunde oder einer Akutbehandlung ■ Verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie ■ 2 bis 6 Stunden für Kinder und Jugendliche	Kurzzeittherapie		bis zu 12 antragspflichtig; nicht mehr gut- achterpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; nicht mehr gut- achterpflichtig	Kurzzeittherapie gilt nach dreiwöchiger Frist auch ohne Bescheid als bewilligt; Umwandlung in Langzeittherapie ist gut- achterpflichtig.
		Langzeittherapie	Verhaltens- therapie (VT)	bis zu 60 antrags- und gut- achterpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermes- sen der Kranken- kassen	Ein begrenzter Anteil noch nicht in Anspruch genommener Sitzungen aus dem Langzeitkontin- gent kann zwei Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Angabe im Antrag erforderlich).
			Tiefenpsycholo- gisch fundierte Psychotherapie (TP)	K: bis zu 70/60 J: bis zu 90/60 antrags- und gut- achterpflichtig	K: bis zu 150/90 J: bis zu 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermes- sen der Kranken- kassen	
			Analytische Psycho- therapie (AP)	K: bis zu 70/60 J: bis zu 90/60 antrags- und gut- achterpflichtig	K: bis zu 150/90 J: bis zu 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermes- sen der Kranken- kassen	
		Verweis auf andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (zum Beispiel schulpsychologische Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie)				

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

3.16. Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist ein psychotherapeutisches Angebot in der Gruppe für Patientinnen und 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 bspw. 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 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 [Kindern und Jugendlichen](#) oder bei [Menschen mit geistiger Behinderung](#) bzw. [Vorliegen einer Intelligenzstörung \(ICD-10-GM: F70-F79\)](#) 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 95.

3.17. Hausbesuche

[Kann eine Behandlung im Rahmen der Psychotherapie in der Wohnung der Patientin bzw. des Patienten stattfinden und ein Hausbesuch abgerechnet werden?](#)

Grundsätzlich **„Nein“!**

Gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung finden Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie grundsätzlich in den Praxisräumen der Therapeutin / des Therapeuten statt.

Ist eine Patientin oder ein Patient nicht in der Lage, die Praxisräume aufzusuchen, ist im Antrag an die Krankenkasse zu vermerken, dass die Sitzungen bei der Patientin bzw. dem Patienten zu Hause durchgeführt werden müssen. **Mögliche Begründungen:** Bettlägerigkeit, Lähmung, Angstzustände beim Verlassen der Wohnräume etc.

Für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten trifft dies im gleichen Maße bei psychotherapeutischen Behandlungen zu.



Es sei denn, der Hausbesuch findet aufgrund einer besonderen Ausnahmesituation der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung oder wegen einer anderen Erkrankung statt.

Beim Durchführen einer Verhaltenstherapie durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten außerhalb der Praxis sind z. B. bei Angstzuständen (weil sich die Patientin bzw. der Patient nicht in der Lage sieht, die eigenen Wohnräume zu verlassen) folgende Leistungen **abrechnungsfähig**:

- Besuchsleistungen (GOPen 01410 bis 01413, 01415)
- Wegepauschalen nach Kapitel 40 gemäß BÄGO-EBM (z. B. bei Tag: GOPen 40220, 40222, 40224 oder bei Nacht: 40226, 40228 oder 40230) je nach Entfernungsradius von der Praxis der Psychotherapeutin bzw. des -therapeuten zum Wohnort der Patientin bzw. 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 BÄGO-EBM berechnet werden.

3.18. Kassenanfragen

Sind Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten verpflichtet, Auskünfte auf Anfragen der Krankenkassen zu geben?

Ja, wenn Krankenkassen diese Auskünfte, Bescheinigungen etc. zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen.²⁵ 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 diesen Gebührenordnungspositionen zugeordnet (siehe z. B. GOPen 01610 bis 01624), die ggf. auf einem selbst ausgestellten Behandlungsschein abgerechnet werden können.
- Wurden Vordrucke mit den Krankenkassen vereinbart, aber keine Gebührenordnungspositionen zugeordnet, so kann keine Gebühr abgerechnet werden.

²⁵ Vgl. § 73 Absatz 2 SGB V und § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

- Für kurze Bescheinigungen oder Auskünfte **ohne** gutachterlichen Charakter kann **keine Gebühr**, aber Auslagenersatz (Porto) abgerechnet werden.

3.19. Kassenwechsel

Was ist zu beachten, wenn Patientinnen bzw. Patienten die Krankenkasse wechseln?

Wechselt eine Patientin bzw. ein Patient während einer laufenden Psychotherapie seine Krankenkasse, darf die Psychotherapie²⁶ erst dann zulasten der neuen Krankenkasse abgerechnet werden, wenn die Patientin bzw. der Patient einen **Antrag auf Kostenübernahme der laufenden Psychotherapie bei der jetzt zuständigen Krankenkasse** gestellt hat (ggf. mittels des Formblattes PTV 1).

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

3.20. Kennzeichnungspflicht

Bei der Berechnung sind die Gebührenordnungspositionen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten arztbezogen zu kennzeichnen.²⁷

Das bedeutet, dass

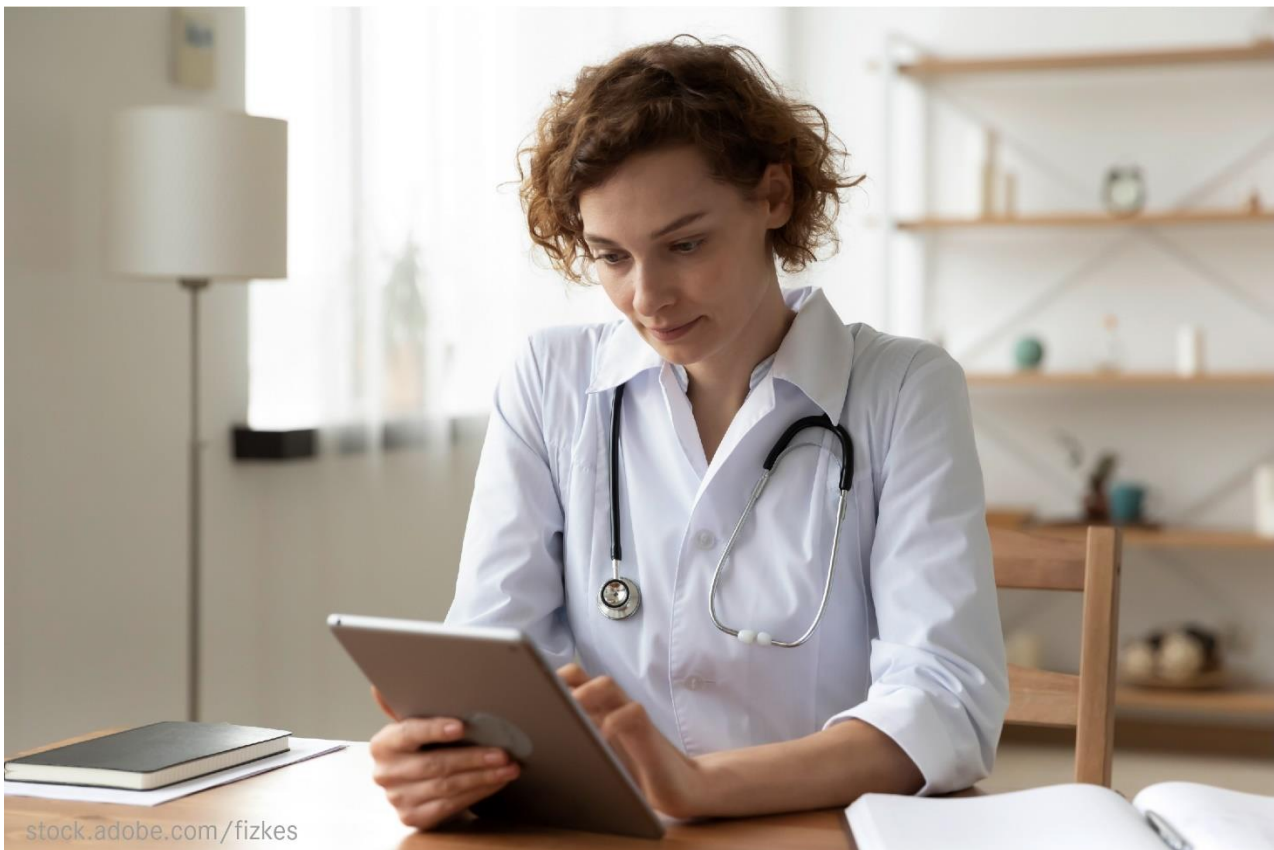
- bei **jeder abgerechneten Leistungsziffer** die LANR und (N-)BSNR anzugeben sind (diese werden durch das Praxisverwaltungsprogramm automatisch hinzugefügt),
- Leistungen, die durch Praxispersonal erbracht werden, mit der **LANR der jeweils verantwortlichen Ärztin/des jeweils verantwortlichen Arztes** zu versehen sind,
- Leistungen, die durch genehmigte Sicherstellungsassistenzen erbracht werden, mit der **LANR der Genehmigungsinhaberin bzw. des Genehmigungsinhabers** zu versehen sind,
- bei sogenannter „kollegialer Vertretung“ in der Praxis der Vertreterin bzw. des Vertreters, die **LANR und BSNR der Vertreterin bzw. des Vertreters** anzugeben sind,
- im Falle einer praxisinternen Vertretung die Leistungen der Vertreterin bzw. des Vertreters mit der **LANR und BSNR der/des zu vertretenden Ärztin bzw. Arztes** zu versehen sind.



Ausführliche Informationen zur Arztnummernsystematik finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter** unter Abrechnung im **Merkblatt „Verwendung LANR und BSNR“**

²⁶ Unbeschadet der Regelung in § 21 Absatz 3 Bundesmantelvertrag

²⁷ Vgl. § 311 Absatz 2 SGB V gemäß § 44 Absatz 6 BMV-Ä



3.21. Konsiliarbericht

Welche Auflagen hat eine Psychologische Psychotherapeutin bzw. ein -therapeut oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. ein -therapeut vor Aufnahme einer Psychotherapie zu erfüllen?

- Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten können unmittelbar von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig sind sie jedoch **verpflichtet**, diese Patientinnen und Patienten spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinien-therapie an eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt zum Ausschluss einer somatischen Erkrankung zu überweisen (Muster 7).
- Diese Vertragsärztin bzw. dieser Vertragsarzt legt ihr bzw. sein Untersuchungsergebnis 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.
- Die Konsiliarärztin bzw. der Konsiliararzt (Vertragsärztin/-arzt) hat den Konsiliarbericht (Muster 22) nach Anforderung durch die Psychologische Psychotherapeutin bzw. den -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut gemäß der Psychotherapie-Richtlinie nach persönlicher Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten zu erstellen. Der Bericht ist zeitnah, **spätestens nach drei Wochen** nach der Untersuchung der Psychologischen Psychotherapeutin bzw. dem -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin bzw. -therapeuten zu übermitteln.

- Zur Abgabe des Konsiliarberichts und damit zur Abrechnung der GOP 01612 sind alle Vertragsärztinnen und -ärzte mit wenigen **Ausnahmen** berechtigt.²⁸
- Abweichend hiervon sind zur Abgabe eines Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern (bis zum vollendeten 12. Lebensjahr) folgende Vertragsärztinnen und -ärzte berechtigt:

- Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Hausärztinnen/-ärzte
- Internistinnen/Internisten



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**.

- Die Konsiliarärztin bzw. der Konsiliararzt übersendet Muster 22a und 22b des Konsiliarberichts an die oder den Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Muster 22d wird von der Konsiliarärztin bzw. dem Konsiliararzt direkt an die Krankenkasse der Patientin bzw. des Patienten übersandt (Berechnung von Portokosten ist möglich). Muster 22c verbleibt bei der Konsiliarärztin bzw. dem Konsiliararzt.²⁹
- Ist eine Psychotherapie nach Auffassung der Konsiliarärztin bzw. des -arztes **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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten können die GOP 01612 **nicht** abrechnen.



Die Konsiliarärztin bzw. der Konsiliararzt kann ihren bzw. seinen Durchschlag (Muster 22d) direkt an die Krankenkasse senden. Schickt sie oder er den Durchschlag aber an die Psychotherapeutin bzw. den -therapeuten, legt diese bzw. dieser den Durchschlag dem Antrag auf Psychotherapie an die Krankenkasse bei.

3.22. KRISENFEST – Präventives gruppentherapeutisches Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche ab 01.10.2023

Das neue Versorgungsangebot "KRISENFEST" ist ein präventives gruppentherapeutisches Unterstützungsangebot für Kinder und Jugendliche, die durch die vielfältigen Krisen unserer Zeit psychisch belastet sind und psychotherapeutischer Unterstützung bedürfen, ohne bereits an einer manifesten Störung mit Krankheitswert zu leiden.

²⁸ Ausgenommen sind: Laborärztinnen/-ärzte, Mikrobiologinnen/-biologen und Infektionsepidemiologinnen/-epidemiologen, Nuklearmedizinerinnen/-mediziner, Pathologinnen/Pathologen, Radiologinnen/Radiologen, Strahlentherapeutinnen/-therapeuten, Transfusionsmedizinerinnen/-mediziner und Humangenetikerinnen/-genetiker.

²⁹ Weitere Informationen finden Sie in der Psychotherapie-Richtlinie unter Abschnitt F § 32 Konsiliarverfahren.

Das Gruppenangebot wird **zeitlich befristet** im Rahmen einer Pilotphase vom 1. Oktober 2023 bis zunächst 26. Juli 2024 durchgeführt. Die Finanzierung dieses Angebots erfolgt durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Teilnahmeberechtigt an KRISENFEST sind alle niedergelassenen, vertragsärztlich tätigen

- Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater
- Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Ärztinnen und Ärzte mit Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen



Weitere detaillierte Informationen zu Anmeldeprozess, Rahmenbedingungen und Inhalten des Versorgungsangebots finden Sie unter

www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychotherapie.

3.23. 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 78 unserer Broschüre. Von den zuständigen Krankenkassen sind nur dann Zweitgutachten einzuholen, wenn die Erstgutachterin bzw. der Erstgutachter die beantragte Psychotherapie **abgelehnt**³⁰ und die oder der Versicherte gegen diese Ablehnung **Widerspruch** eingelegt hat.

Nach Aufforderung durch die Krankenkasse stellt die behandelnde Person 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 ggf. des **Konsiliarberichts**.

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

3.24. Onlinebasierte Interventionen

Siehe „**Videosprechstunde**“ (Psychotherapeutische Leistungen per Video), ab Seite 74.

3.25. Patientenquittung

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten können von Psychotherapeutinnen und -therapeuten einen schriftlichen Beleg verlangen, das heißt eine Patientenquittung über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten.³¹

³⁰ Siehe Psychotherapie-Vereinbarung § 13 Absatz 3

³¹ Vgl. § 305 Absatz 2 SGB V

Der Begriff „Patientenquittung“ ist insofern irreführend, als dass weder eine Rechnung ausgestellt noch eine Zahlung von Patientin bzw. Patient quittiert wird. Vielmehr handelt es sich um eine reine Information für die Patientin bzw. den Patienten über die in Anspruch genommenen Sachleistungen.

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

3.26. Patientenunterlagen – Einsichtnahme durch Herausgabe an Patientinnen/Patienten oder Kolleginnen/Kollegen

- Patientinnen und Patienten haben das Recht, in sämtliche Behandlungsunterlagen und Dokumentationen Einsicht zu nehmen, die sie persönlich betreffen und soweit nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.³² Auch das Anfertigen von Kopien gegen Erstattung der Auslagen ist hiervon umfasst.
- Im Fall der Anforderung von Krankenunterlagen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist eine – aus Beweisgründen möglichst schriftliche – Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht durch die Patientin bzw. den Patienten erforderlich.



Die **Einverständniserklärung** finden Sie als Vordruck hier:

www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice unter Buchstabe „D“/Datenschutz



Weitere Informationen zur Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) finden Sie

unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/pflichten/datenschutz-in-der-praxis.

3.27. Plausibilitätsprüfung von psychotherapeutischen Leistungen

Die gesetzlich vorgeschriebenen Plausibilitätsprüfungen³³ sind grundsätzlich durchzuführen, wenn bestimmte Aufgreifkriterien erfüllt werden. Dabei genügt es, wenn eines der folgenden Kriterien greift:

- **Zeitvolumen**
Über die erbrachten Leistungen an GKV-Versicherte wird eine Zeitauswertung vorgenommen. Zu diesem Zweck wird anhand der in 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.
- **Quartalsarbeitszeiten**
Die Leistungen werden auf Plausibilität geprüft, wenn bei der Zeitauswertung eine auffällig hohe Stundenzahl im Quartal festgestellt wird (>780 Stunden pro niedergelassener Vertragsärztin/niedergelassenem Vertragsarzt bzw. Psychotherapeutin/-therapeut oder pro in der Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellter Ärztin/angestelltem

³² Vgl. § 630g BGB

³³ Vgl. § 106d SGB V

Arzt). Bei in Teilzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten ist dabei der Faktor des insgesamt genehmigten Tätigkeitsumfangs anzuwenden.

- **Tagesarbeitszeit**

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

- **Zeiterfassung**

Für die Beurteilung der persönlichen Arbeitszeit einer Ärztin bzw. 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 der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis sowie Visiten bei Belegärztinnen und -ärzten. Anhang 3 zum EBM kennzeichnet darüber hinaus die behandlungsfall- und krankheitsfallbezogenen ärztlichen Leistungen, die nicht dem Tageszeitprofil unterliegen.
- Assistenzen, angestellte Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten in der Praxis oder von Medizinischen Versorgungszentren, Job-Sharing-Partner und Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung werden mit ihrem tatsächlichen bzw. 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.**

3.28. Psychoonkologie

Unter welchen Voraussetzungen kann eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt bzw. -psychotherapeutin oder -therapeut am Disease Management Programm (DMP) im Rahmen der Psychoonkologie teilnehmen?

- 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 Gesamtvertrag³⁴:

³⁴ Vgl. § 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 die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten
- Kurzfristige Erreichbarkeit und Flexibilität in der Termingestaltung
- Verknüpfung von stationärer und ambulanter Betreuung
- Bereitschaft zur Kooperation mit den onkologischen Behandlern und koordinierenden Ärztinnen und Ärzten
- Eingehende Kenntnisse über die somatische Erkrankung, medizinische Behandlung und Nebenwirkungen sowie sozialrechtliche Bedingungen

Wie kann ich als Psychotherapeutin bzw. -therapeut 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 bzw. Behandlung führt die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt das Standard-Screening im Rahmen der Gespräche durch.

Die behandelnde Person erhebt im Begleitgespräch während der kritischen Krankheitsphasen (Initial, Ende der Primärtherapie, Rezidiv, Metastasierung) – mind. 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 die koordinierende Ärztin bzw. der koordinierende Arzt die weitere psychoonkologische klinisch-psychotherapeutische Diagnostik durch eine ambulante psychotherapeutische Spezialistin bzw. einen Spezialisten. Diese Person kann ggf. auch kurzfristig eine Psychotherapie anbieten.



Die teilnehmenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten 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: 0551 / 99950 999
Fax: 0551 / 99950 998
E-Mail: info@testzentrale.de
Website: www.testzentrale.de

Die koordinierende Person, die 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 sie dabei fest, dass die Patientin möglicherweise eine psychotherapeutische Behandlung benötigt, **überweist** sie die Patientin an die ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeutin bzw. den -therapeuten zur weiteren Diagnostik und Veranlassung.

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

Ziel ist, die Patientinnen bei der Einhaltung von empfohlenen, oft über Jahre weiterlaufenden Therapien zu unterstützen, damit diese mit Neben- und Folgewirkungen besser umgehen 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 Unterstützungsbedarfs 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 von der behandelnden Person im Rahmen des DMP Brustkrebs als Auftragsleistungen auf **Überweisungsschein (Muster 6)** durchgeführt.

Die Patientinnen können im Rahmen des DMP Brustkrebs mitbehandelt werden, wenn eine entsprechende Überweisung als „**Auftrag**“ vorliegt und Sie als Psychotherapeutin bzw. -therapeut 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).



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

Informationen zur Vergütung erhalten teilnehmende Psychotherapeutinnen und -therapeuten 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/praxisfuehrung/service/informationmaterial** unter „**Patientenversorgung**“.

Noch Fragen? Unsere Expertinnen und Experten beantworten gerne Ihre Fragen zum Thema DMP: **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.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- ☒ meistens
☐ oft
☐ von Zeit zu Zeit/gelegentlich
☐ überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ☐ ganz genau so
☐ nicht ganz so sehr
☐ nur noch ein wenig
☐ kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ☐ ja, sehr stark
☐ ja, aber nicht allzu stark
☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen
☐ überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ☐ ja, so viel wie immer
☐ nicht mehr ganz so viel
☐ inzwischen viel weniger
☐ überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- ☐ einen Großteil der Zeit
☐ verhältnismäßig oft
☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
☐ nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich

- ☐ überhaupt nicht
☐ selten
☐ manchmal
☐ meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ☐ ja, natürlich
☐ gewöhnlich schon
☐ nicht oft
☐ überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- ☐ fast immer
☐ sehr oft
☐ manchmal
☐ überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- ☐ überhaupt nicht
☐ gelegentlich
☐ ziemlich oft
☐ sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ☐ ja, stimmt genau
☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ☐ ja, tatsächlich sehr
☐ ziemlich
☐ nicht sehr
☐ überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ☐ ja, sehr
☐ eher weniger als früher
☐ viel weniger als früher
☐ kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ☐ ja, tatsächlich sehr oft
☐ ziemlich oft
☐ nicht sehr oft
☐ überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- ☐ oft
☐ manchmal
☐ eher selten
☐ sehr selten



3.29. Psychotherapeutische Sprechstunde

Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist ein Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten **zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung**, inwieweit für sie Behandlungsbedarf besteht. In diesem Erstgespräch wird geklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und die Patientin bzw. 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.

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

Inanspruchnahme durch Patientin bzw. Patient

Die Sprechstunden finden im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt statt.

Behandlungsdauer:

- Bei Erwachsenen **mind. 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) **mind. 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 der Patientin bzw. des Patienten stattfinden.
- Patientinnen und 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 der Therapeutin bzw. dem Therapeuten erbracht wurden, die oder der die Therapie durchführt.

Psychotherapeutische Sprechstunde für Patientinnen und Patienten Pflicht

- Für Patientinnen und Patienten ist das Erstgespräch **verpflichtend**.
- Erst **nach Aufsuchen einer psychotherapeutischen Sprechstunde** kann mit probatorischen Sitzungen, einer Akutbehandlung oder einer Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung begonnen werden.
- Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung³⁵ ist eine Sprechstunde von **mind. 50 Minuten Dauer** im Quartal der ersten Behandlung und/oder den drei vorherigen Quartalen.

Für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Sprechstunde ist bei der Patientin bzw. dem Patienten weder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung noch ein Konsiliarbericht (Muster 22) erforderlich.



Ausnahmen für die verpflichtende Teilnahme an der psychotherapeutischen Sprechstunde:

- Patientin/Patient war innerhalb der drei vorangegangenen Quartale aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer **stationären Krankenhausbehandlung** oder **rehabilitativen Behandlung**
- **Therapeutenwechsel** nach Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie

³⁵ Gemäß Psychotherapie-Richtlinie §§ 11a, 12, 13 und 15

3.30. Quartalsabrechnung

Online-Abrechnung

Die Einreichung der Quartalsabrechnung muss **online** erfolgen. Eine Einreichung in Papierform oder auf CD/ DVD, Diskette oder USB-Stick ist ausgeschlossen.³⁶

3.31. 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** zur Therapeutin bzw. 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.
- Die Therapeutin bzw. der Therapeut muss bereits im **Antrag für eine Langzeittherapie (PTV 2)** angeben, 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 **max. acht Stunden**
- Bei 60 und mehr Stunden **max. 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 **max. zehn Stunden** und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden **max. 20 Stunden** genutzt werden.

- Für die Leistungserbringung wurden folgende Kennzeichnungen eingeführt:

- „R“ Kennzeichnung für Rezidivprophylaxe (z. B. 35405R)
- „U“ Kennzeichnung mit Einbezug von Bezugspersonen (z. B. 35405U)
- „X“ Kennzeichnung (Gruppe) bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mind. 50 Minuten (z. B. 35554X)
- „Y“ Kennzeichnung (Gruppe) bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mind. 50 Minuten mit Einbeziehung von Bezugspersonen (z. B. 35554Y)



Bitte beachten Sie, dass die parallele psychotherapeutische Behandlung neben einer Rezidivprophylaxe **nicht zulässig** ist.

³⁶ Vgl. Beschlussfassung der KBV und § 295 Absatz 4 SGB V, § 1 Satz 3 der Richtlinien für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis

3.32. Strukturzuschlag Psychotherapie

Gibt es die Strukturzuschläge erst ab einer bestimmten Auslastung?

Den Zuschlag (GOP 35571 bis 35573) erhalten Psychotherapeutinnen und -therapeuten, wenn sie im Quartal eine bestimmte **Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen**³⁷, 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 im Quartal je Vertragspsychotherapeutin bzw. -therapeut und Vertragsärztin bzw. -arzt. Bei anteiligem Versorgungsauftrag reduziert sich die Mindestpunktzahl entsprechend des 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 die Vertragspsychotherapeutin bzw. der -therapeut oder die Vertragsärztin bzw. der -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** je Mitglied aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl für die oben genannten Grundleistungen zu der für diese Person 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**)

³⁷ Vgl. Richtlinien-therapie Abschnitt 35.2 EBM

Beispiel 2

Eine Psychotherapeutin 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: $182.084 \text{ Punkte} \times 0,5 = 91.042 \text{ Punkte}$

Differenz abgerechnete Punktzahl zu Mindestpunktzahl: 68.958 Punkte

Quote vergütete Zuschläge ($68.958 \text{ Punkte} / 160.000 \text{ Punkte}$): 0,4309 (= 43,10 Prozent)

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



Die Vergütung der Zuschläge ist **nach oben begrenzt**. Das heißt, ab Erreichen einer bestimmten max. Punktzahlgrenze im Quartal werden für die darüber hinaus geleisteten Therapiestunden 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 max. 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.

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 bspw. ab der 194. Therapiestunde (Einzeltherapie) im Quartal der Fall.

Die Zuschläge sind bis zu einer Obergrenze berechnungsfähig (424.862 Punkte). Dies entspricht rein rechnerisch bspw. 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 64).



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



Das Aktenverwaltungssystem **SmarAkt** ermöglicht Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten 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.



SmarAkt finden Sie im **Mitgliederportal ‚Meine KVB‘**. Zur Anmeldung gelangen Sie am einfachsten über die Startseite der KVB unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/smarakt. Die Anwendung von SmarAkt ist im Handbuch beschrieben. Ebenfalls auf dieser Seite finden Sie auch eine Beschreibung der Inhalte zu den jeweiligen Aktentypen und Mitteilungen über bereitgestellte Abrechnungsakten und Honorarunterlagen.

3.33. 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.

3.34. Telefonische Erreichbarkeit zur Terminvereinbarung

Psychotherapeutinnen und -therapeuten müssen sicherstellen, dass ihre Praxis für Terminvereinbarungen bzw. zur Terminkoordination telefonisch erreichbar ist:

- 200 Minuten pro Woche (Mindesteinheiten: 25 Minuten) bei vollem Versorgungsauftrag
- Anteilig bei Teilversorgungsaufträgen

Die telefonischen 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 KBV-Arztsuche (<https://arztsuche.116117.de>) angezeigt.



Für alle Therapeutinnen und Therapeuten gilt: Während der genannten Zeiten muss die Therapeutin bzw. der Therapeut selbst oder eine Praxismitarbeiterin bzw. ein -mitarbeiter erreichbar sein.

Die Therapeutinnen und -therapeuten müssen ihre persönliche Erreichbarkeit oder die des Praxispersonals sicherstellen (delegierbar innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften/Praxisgemeinschaften und MVZs an Kolleginnen und Kollegen sowie an Praxisangestellte).

3.35. Telefonkosten

Die „Konsiliarische Erörterung“³⁸ 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.

3.36. Telematikinfrastruktur

Die Telematikinfrastruktur (TI) vernetzt die Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen.

Dabei ermöglicht die TI eine **sektoren- und systemübergreifende Kommunikation** zwischen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenhäusern und anderen im Gesundheitswesen beteiligten Akteuren.

Medizinische Informationen, die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten benötigt werden, sind mittels TI schnell und einfach verfügbar. Zudem ermöglicht der

³⁸ Zwischen zwei Ärztinnen/Ärzten oder Ärztin/Arzt und Psychotherapeutin/-therapeut

sektorenübergreifende Kommunikationsdienst „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) den vertraulichen und verschlüsselten Austausch von Nachrichten und medizinischen Dokumenten zwischen den TI-Teilnehmern.

Psychotherapeutisch tätige Praxen müssen mind. die TI-Anwendungen Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), Notfalldatenmanagement (NFDM), die elektronische Patientenakte (ePA) sowie seit 1. Januar 2024 den eArztbrief über KIM einsetzen bzw. vorhalten.³⁹



Die TI-Anwendungen „elektronischer Medikationsplan“ (eMP), „elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ via KIM (eAU) und „elektronisches Rezept“ (eRezept) müssen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten **nicht zwingend** vorgehalten werden.

Übersicht aller bisherigen TI-Anwendungen:

- VSDM
- NFDM
- ePA
- eArztbrief über KIM
- *eMP⁴⁰*
- *eAU über KIM⁴¹*
- *eRezept⁴²*



Weitere Informationen finden Sie unter: www.kvb.de/ti

³⁹ Bei einer Missachtung dieser gemäß SGB V gesetzlichen Vorgaben drohen Sanktionen in Form von Honorarkürzungen oder einer Reduzierung der den Praxen zustehenden TI-Finanzierungspauschalen.

⁴⁰ Optional für psychologische sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten

⁴¹ Siehe Fn 40

⁴² Siehe Fn 40



stock.adobe.com/Yuri Arcurs-peopleimages.com

3.37. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

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

Für bestimmte Konstellationen bei der Erbringung ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen wurden deshalb 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-Kontaktaufnahme von Patientin/Patient bis zum Tag der Behandlung	Zuschlag auf die jeweilige Versichertenpauschale
A	TSS-Akuttfall 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-Akuttfalls** müssen im PVS mit „TSS-Akuttfall“ (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 bei der Fachärztin bzw. dem Facharzt oder der Psychotherapeutin bzw. dem -therapeuten **direkt durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt oder die Kinder- und Jugendärztin bzw. den -arzt**. Die vermittelnde Ärztin bzw. der -arzt vereinbart selbst (oder durch das Praxispersonal) einen Behandlungstermin **innerhalb von vier Kalendertagen**. 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.



Seit dem 1. Januar 2023 kann die Vermittlungspauschale **auch nach der 4-Tage-Frist** abgerechnet werden, wenn es der Patientin bzw. 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 die Hausärztin bzw. der -arzt oder die Kinder- und Jugendärztin bzw. der -arzt. Wichtig ist eine Dokumentation der Entscheidung.**

3.38. 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 der Patientin bzw. dem Patienten schriftlich und mit Unterschrift vereinbaren, dass bei fest ausgemachten, nicht rechtzeitig abgesagten Terminen ein Honorar in Höhe einer Stundenvergütung von der Patientin bzw. dem Patienten zu bezahlen ist.

Die Termine sollten Sie der Patientin bzw. dem Patienten ebenfalls schriftlich zur Verfügung stellen.

3.39. Testverfahren

Sind Testverfahren delegierbar?

- Die Leistungen nach GOP 35600 bis 35602 sind – mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung – grundsätzlich delegierbar.
- Zur Leistungserfüllung der GOP 35600 bis 35602 gehört es, dass die Auswertung der Testverfahren von der abrechnenden Psychotherapeutin bzw. dem -therapeuten oder von einem in der Praxis angestellten psychotherapeutisch Qualifizierten vorgenommen wird.
- Wird die Auswertung der Testverfahren in Auftrag gegeben, z. B. bei einem Institut, ist der Leistungsinhalt der oben genannten B€GO-EBM-Gebührenordnungspositionen nicht erfüllt und eine Abrechnung nicht möglich.

Bezugsquelle für Testkatalog

(>750 psychodiagnostische Verfahren für alle Anwendungsbereiche):

Hogrefe Verlag
Merkelstraße 3
37085 Göttingen

Telefon: 0551 / 99950-0
Fax: 0551 / 99950-111
E-Mail: info@hogrefe.de
Website: www.hogrefe.de

3.40. Therapeutenwechsel

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

- Die neue Therapeutin bzw. der neue Therapeut stellt einen Neuantrag, der innerhalb der „Zwei-Jahres-Frist“ stets gutachterpflichtig ist.
- Die neue Therapeutin bzw. der neue Therapeut muss probatorische Sitzungen durchführen (mind. zwei bis max. vier; bei Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung bzw. Vorliegen einer Intelligenzstörung gemäß ICD-10-GM: F70-F79 max. sechs).
- Die probatorischen Sitzungen können auch ohne vorherige Psychotherapeutische Sprechstunde begonnen werden.



Bitte machen Sie Ihre Patientinnen und Patienten ggf. darauf aufmerksam, dass während einer laufenden Therapie **nur unter bestimmten Voraussetzungen** ein Therapeutenwechsel stattfinden kann.

3.41. Therapieende

Was ist zu tun, wenn eine Therapie beendet wird?

- Die Beendigung einer Psychotherapie ist durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten mittels Praxissoftware mitzuteilen.
- Eine Einwilligungserklärung der Patientin bzw. 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 die behandelnde Person.

3.42. 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, bei Fortsetzung der Therapie einen **Vermerk** auf dem in der Praxis verbliebenen Formular **PTV2** vorzunehmen, z. B.: „Nach telefonischer Rücksprache mit Krankenkasse am [...] Wiederaufnahme der Therapie genehmigt“.

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



Bitte denken Sie daran: Die Gutachterin bzw. der Gutachter kann den Antrag jedoch nach eigenem Ermessen **ablehnen**.

3.43. Überweisung

Kann ich als Psychologische Psychotherapeutin bzw. -therapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut auf Überweisung abrechnen bzw. selbst überweisen?

Eine Vertragsärztin bzw. ein -arzt kann zu einer Vertragspsychotherapeutin bzw. einem -therapeuten⁴³ überweisen. Kommt die Patientin bzw. der Patient mit einem Überweisungsschein (Muster 6) zu einer Psychologischen Psychotherapeutin bzw. einem -therapeuten, **so rechnet diese Person auf dem Überweisungsschein ab**.

⁴³ Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten

Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten können bei Vertragsärztinnen und -ärzten die „Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie“ (Muster 7) veranlassen. Ansonsten können sie **nicht** zur Vertragsärztin bzw. zum -arzt überweisen.

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

3.44. „90-Prozent-Regelung“ zur Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen

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

Als ausschließlich psychotherapeutisch tätig gilt eine Ärztin bzw. ein Arzt, wenn der Anteil an den psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtleistungsbedarf im Abrechnungsquartal **über 90 Prozent** liegt.

Dabei können Abrechnungsdaten, die in Zusammenhang mit Leistungen aus Selektiv- und Sonderverträgen entstehen, **leider nicht** berücksichtigt werden. Dies liegt daran, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ausschließlich über Abrechnungsdaten von Leistungen verfügt, die auch tatsächlich über die KVB als Vertragspartner abgerechnet wurden.

Bei der 90-Prozent-Regelung wird daher die Leistungsanforderung erbrachter psychotherapeutischer genehmigungspflichtiger zeitabhängiger Leistungen aus dem **Kapitel 35 EBM im Quartal** ermittelt.⁴⁴

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



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

Weitere Hinweise:



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

Bei der Prüfung der 90-Prozent-Regelung sind Leistungen des organisierten Notfalldienstes bzw. Notarztdienstes **nicht** zu berücksichtigen.

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

Für diese Ärztinnen/Ärzte bleibt das **RLV/QZV** gültig.

⁴⁴ 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)

3.45. Vergütungsregelung für psychotherapeutische Leistungen ab 1. Januar 2024

Für das Jahr 2024 gilt, dass

- bei allen Fachgruppen die **antrags- und genehmigungspflichtigen** psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) honoriert werden.
- Zusätzlich außerhalb MGV honoriert wird die **GOP 35150 (probatorische Sitzung als Einzelbehandlung)**.⁴⁵
- 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 zum 1. Oktober 2022 beschlossenen **GOPen des Kapitels 37.5 EBM** außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.⁴⁶

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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Fachärztinnen und -ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärztinnen und -ärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien

Folgende Leistungsbereiche sind davon betroffen:

- Kapitel 22, 23 EBM
- Abschnitt 35.1 EBM (ohne Leistungen außerhalb der MGV, siehe oben)
- Abschnitt 35.3 EBM
- Sonstige Leistungen (siehe z. B. 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**

⁴⁵ Gilt nur für die in § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen.

⁴⁶ Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung - KSVPsych-RL

ausgezahlt 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 2024“ und „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns - Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV, Stand 1. Januar 2024“. Sie finden die Broschüren unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/informationmaterial unter Abrechnung und Honorar.



3.46. Videosprechstunde (Psychotherapeutische Leistungen per Video)

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 neben dem Einverständnis von Patientin bzw. Patient, 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.

Es gelten weitere folgende **Voraussetzungen**:

- Die **Entscheidung** zur Durchführung einer psychotherapeutischen Leistung per Videokonferenz erfolgt **gemeinsam** durch die Versicherte bzw. den Versicherten und die Therapeutin bzw. den Therapeuten unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und der Lebensumstände der Versicherten bzw. des Versicherten.
- Spätestens zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt die **mündliche Aufklärung** und **Einwilligung** der Patientin bzw. des Patienten zur Durchführung einer Videokonferenz.
- Die Therapeutin bzw. der Therapeut hat für einen **alternativen Kontaktweg** im Falle von Verbindungsabbrüchen zu sorgen.
- Weiterhin sind – sofern erforderlich – Regelungen zum Vorgehen bei ggf. **aufkommender Eigen- oder Fremdgefährdung** zu treffen.
- Die Durchführung psychotherapeutischer Leistungen per Videokonferenz erfolgt sowohl bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten als auch bei der Versicherten bzw. dem Versicherten in einer **sicheren, störungsfreien Umgebung**, die einen geschützten Raum ermöglicht.
- Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Videokonferenz sollen stets **eindeutig** mit einem Videobild erkennbar sein.
- Psychotherapeutische Leistungen per Video können grundsätzlich nur von der Person durchgeführt werden, die die Patientin bzw. den Patienten auch im **unmittelbaren persönlichen Kontakt** behandelt.
- Grundsätzlich sollen sich Therapeutin bzw. Therapeut und Patientin bzw. Patient in **örtlicher Nähe** zueinander befinden.
- Die Therapeutin bzw. 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 Richtlinienverfahren der Kurz- und Langzeittherapie als **Einzeltherapien** (Abschnitt 35.2.1 des EBM) sowie die GÖPn 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35600 und bei Erwachsenen GÖP 35601.

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



Die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und Gruppenpsychotherapien können mit **höchstens neun Teilnehmerinnen und Teilnehmern** durchgeführt werden. Das bedeutet, eine Gruppe kann aus max. acht Patientinnen und Patienten, einschließlich der ggf. einzubeziehenden Bezugspersonen, sowie einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten bestehen.

Abweichend von § 21 Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 der Psychotherapie-Richtlinie können die Richtlinientherapien in Form von Gruppentherapien per Videosprechstunde **nicht gemeinsam durch zwei Therapeutinnen bzw. 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
- Neurologische Therapie nach GOPen 30932 und 30933



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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten gilt eine **Abschlagshöhe von 20 Prozent**.

GOP 01444 berücksichtigt als Zuschlag zur Grundpauschale den zusätzlichen Aufwand des Praxispersonals, um eine der Praxis „unbekannte“ Patientin bzw. einen Patienten⁴⁷ im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren,⁴⁸ da die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. **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 der Ärztin bzw. des Arztes oder der Psychotherapeutin bzw. des -therapeuten beschränkt**.

Patientinnen und Patienten, die einmal persönlich in der Praxis vorstellig waren und zusätzlich per Video im Quartal behandelt wurden, fallen nicht unter die 30 Prozent-Obergrenze. Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten 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 max. 30 Prozent per Video stattfinden.

⁴⁷ Definition: Eine unbekannte Patientin bzw. Patient wurde nicht im aktuellen Quartal oder Vorquartal in der Praxis behandelt.

⁴⁸ Vgl. Anlage 4b zum BMV-Ä

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 max. 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 Technikzuschlag kann bei den Gruppenbehandlungen nicht einmal je Teilnehmerin bzw. Teilnehmer, sondern nur einmal je Gruppe (das heißt nur bei einer Teilnehmerin bzw. 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 (z. B. 35110V).
- Bei Einbeziehung von **Bezugspersonen** sind die Leistungen statt der üblichen B-Kennzeichnung mit dem Buchstaben „W“ abzurechnen (z. B. 35401W).
- Bei der Durchführung einer **Langzeittherapie in Einzelbehandlung als Rezidivprophylaxe** ist die Abrechnung mit dem Buchstaben „Y“ (z. B. 35405Y) anzugeben, bei Einbeziehung von **Bezugspersonen** ist bei der Abrechnung der Buchstabe „Z“ (z. B. 35405Z) anzugeben.
- Wird die **Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe in Gruppenbehandlung** im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht, ist die entsprechende Leistung mit dem Buchstaben „C“ (z. B. 35513C) zu kennzeichnen, bei Einbeziehung von **Bezugspersonen** mit einem „D“ (z. B. 35513D).
- Werden Leistungen der **Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung** nach den GOPen 35173 bis 35178 im Rahmen der Videosprechstunde erbracht, sind diese wie folgt zu kennzeichnen:
 - Kennzeichnung mit „V“ **ohne Bezugsperson**
 - Kennzeichnung mit „W“ **mit Bezugsperson**
- Bei einer **häufigen Sitzungsdauer** (von mind. 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.



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

Beispiele:

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

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

Videosprechstunde **ohne** persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal:

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

3.47. Virtuelle Exposition im Rahmen der Verhaltenstherapie

Die virtuelle Exposition ist Teil der stimulusbezogenen Methoden⁴⁹ und damit Bestandteil des Psychotherapieverfahrens. Sie kann dementsprechend im Rahmen der Verhaltenstherapie angewandt werden.

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

3.48. 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 die Erstgutachterin bzw. der Erstgutachter die beantragte Psychotherapie **vollständig abgelehnt**⁵⁰ und die Versicherte bzw. 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 (Video)⁵¹

GOPen	Kennzeichnung	mit Bezugsperson	Rezidivprophylaxe	Rezidivprophylaxe mit Bezugsperson	Häufige Sitzung	Häufige Sitzung mit Bezugsperson	Rezidivprophylaxe in häufiger Sitzung	Rezidivprophylaxe 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		

⁴⁹ Gemäß § 17 Absatz 2 Nummer 1 der Psychotherapie-Richtlinie

⁵⁰ Siehe Psychotherapie-Vereinbarung § 13 Absatz 3

⁵¹ Begrenzung auf acht Gruppenteilnehmer gemäß § 17 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä)

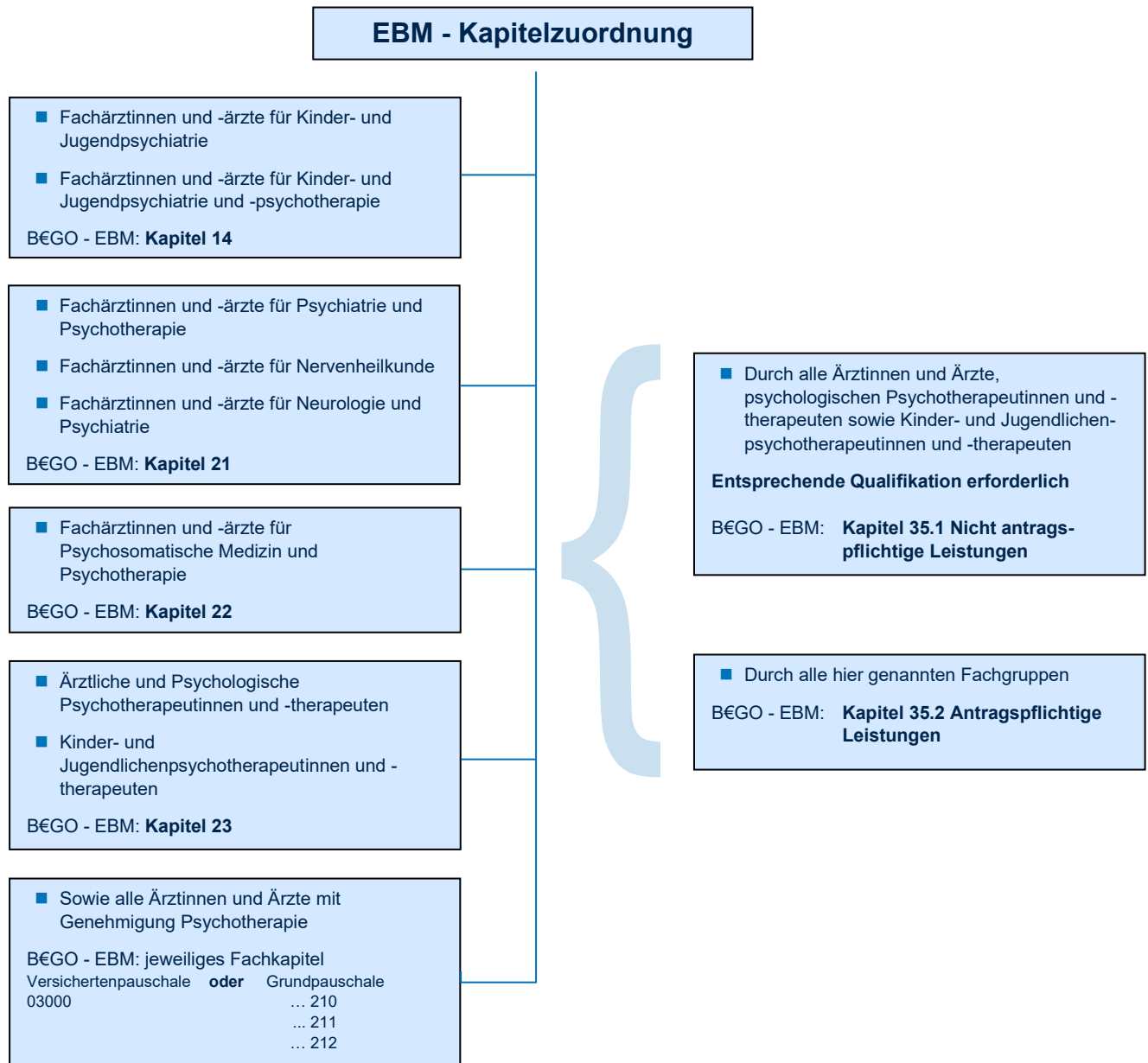
Analytische Therapie (LZT, Gruppenbehandlung)								
35533 bis 35538	V	W	C	D	A	T	F	G
Verhaltenstherapie (KZT, Gruppenbehandlung)								
35543 bis 35548	V	E			A	T		
Verhaltenstherapie (LZT, Gruppenbehandlung)								
35553 bis 35558	V	W	C	D	A	T	F	G
Systemische Therapie (KZT, Gruppenbehandlung)								
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							

GOPen **Kennzeich-**
 nung
mit Bezugsperson **Häufige**
 Sitzung
 Häufige
 Sitzung
 mit
 Bezugs-
 person

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

35173 bis 35178	V	W		A	T			
-----------------	---	---	--	---	---	--	--	--

4. Psychotherapeutische Leistungsinhalte: EBM-Kapitelzuordnung



5. Abrechnungsstrukturen des EBM für psychotherapeutische Leistungen



Die nachfolgenden Erläuterungen stellen wichtige Hinweise zur Gebührenordnungssystematik dar. Bitte haben Sie Verständnis, dass hier kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann.

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 (Psychiaterinnen/Psychiater)

Fachärztinnen und -ärzte für

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Nervenheilkunde
- 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 Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde und Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr

21214

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

21215

Grundpauschale für Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde und Fachärztinnen und -ärzte 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

Fachärztinnen und -ärzte 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 Fachärztinnen und -ärzte 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

Kapitel 23

Psychotherapeutische Leistungen

[Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten](#)
[Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten](#)

23210

Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Versicherte [bis zum vollendeten fünften Lebensjahr](#)

23211

Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Versicherte [ab Beginn des sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr](#)

23212

Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten 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 Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

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 Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten 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 **mind. zehn Minuten**, Einzelbehandlung
- Fakultativ: Syndrombezogene therapeutische Intervention, Krisenintervention, Anleitung der Bezugsperson(en)
- Je vollendete zehn Minuten, **höchstens 15-mal im Behandlungsfall** berechnungsfähig
- 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 der Patientin bzw. des Patienten erfordern. Die **GOP 23220** kann aber für die alleinige Anleitung der Bezugsperson nicht berechnet werden, sondern die Leistungslegende muss immer mit einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfüllt werden. Findet also **unabhängig von der Sitzung mit der Patientin bzw. dem Patienten** eine Anleitung der Bezugsperson (ohne Patientin bzw. Patient) statt, kann die **GOP 23320** nicht zusätzlich berechnet werden, da die Anleitung als fakultativer Leistungsinhalt abgegolten ist. Gleiches gilt für die **GOP 22220** (Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung für Ärztinnen und Ärzte des Kapitels 22).

Allgemeine Leistungen und Kapitel 40 Kostenpauschalen

- Für **Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten** sind aus dem Abschnitt II „Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen“ die Leistungen nach folgenden **GOPen berechnungsfähig**:
 - 01100 bis 01102
 - 01410 bis 01413, 01415, 01416, 01422, 01424, 01430, 01431, 01433, 01435, 01442, 01444, 01450, 01470, 01471
 - 01600 bis 01602, 01611, 01620 bis 01622, 01647, 01660, 01670 bis 01672
- Außerdem sind Kostenpauschalen aus dem Kapitel 40 (z. B. 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 GÖPen:

- Leistungen sind nur von Vertragsärztinnen und -ärzten 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 Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten (Arztgruppe 69, 70, 71) **nicht** abgerechnet werden.

Voraussetzung:

- Nachweis einer **mind. dreijährigen Erfahrung** in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit: Entweder seit drei Jahren zugelassen, als Ärztin oder Arzt im Praktikum (AiP) tätig gewesen oder es wird ein Nachweis erbracht, dass man im Angestelltenverhältnis beschäftigt war.
- Durch **Vorlage von Weiterbildungszeugnissen** ist zu belegen, dass Kenntnisse in einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre, reflektierte Erfahrungen über die Psychodynamik und therapeutische Relevanz der Arzt-Patienten-Beziehung sowie 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 mind. 20-stündiger Dauer**, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischen Störungen von Neurosen und Psychosen sowie 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 **mind. 30-stündiger Dauer** (das heißt bei Balintgruppen mind. 15 Doppelstunden) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mind. einem halben Jahr.
 3. **Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mind. 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 Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie den Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (durch Ärztinnen und Ärzte) finden Sie unter **www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice** unter Buchstabe „P“/Psychotherapie.

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

(Übende Verfahren siehe auch Stichwort „Testverfahren“)

Bei den BfGO-EBM-Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113 und 35120 ist als obligater Bestandteil eine „Standardisierte Dokumentation“ verlangt.

Was muss diese beinhalten?

Die Dokumentation hat nach einem Standard zu erfolgen, der entweder von der dokumentierenden Person selbst oder von außen vorgegeben wird. Das heißt, die Therapeutin bzw. der Therapeut legt einmal für sich einen „Standard“ fest, nach dem sie bzw. er alle anderen Dokumentationen dann weiterführt.

Die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35111, 35112, 35113 und/oder 35120 sind nur von Vertragsärztinnen bzw. -ärzten und -psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender bzw. Suggestiver (Hypnose nach GOP 35120) Interventionen verfügen.⁵²

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 mind. 15 Minuten) in Einzelbehandlung

Die festgelegten Begrenzungen,⁵³ z. B. 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.

Für den Nachweis der fachlichen Befähigung⁵⁴ für die Ausführung und Abrechnung von übenden und suggestiven Interventionen gelten folgende Rahmenbedingungen:

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

⁵² Vgl. § 5 Absatz 7 bzw. § 6 Absatz 6 bzw. § 7 Absatz 5 der Psychotherapie-Vereinbarung

⁵³ Siehe §§ 29 bis 31 der Psychotherapie-Richtlinie

⁵⁴ Gemäß § 3 der Psychotherapie-Vereinbarung

Erfahrungen in diesen Interventionen im Rahmen der Weiterbildung erworben wurden, als nachgewiesen

oder

- durch die erfolgreiche **Teilnahme an zwei Kursen** von jeweils acht Doppelstunden im Abstand von mind. sechs Monaten in den jeweiligen Interventionen.
- Diese Kurse müssen bei einer **bei der Ärztekammer gemeldeten, anerkannten weiterbildenden Person** absolviert werden⁵⁵

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 bzw. Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung/ Verlängerung einer Langzeittherapie

35130

Bericht oder Ergänzungsbericht an die Gutachterin bzw. den Gutachter zum Antrag der bzw. 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 die Gutachterin bzw. den Gutachter.

Die GOP 35130 kann jeweils für den Bericht an die Gutachterin bzw. den Gutachter und ggf. für den Bericht an die Zweitgutachterin bzw. den Zweitgutachter abgerechnet werden.

Weder die GOP 35130 noch andere BÄGO-EBM-Gebührenordnungspositionen können **allein für das Ausfüllen des Formblattes PTV 2a bis 2c** (Angaben der Therapeutin bzw. des Therapeuten zum Antrag der oder des Versicherten) berechnet werden.⁵⁶ 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 die Gutachterin bzw. den Gutachter zum Antrag der bzw. des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie



Bitte beachten Sie, dass ein **Bericht an die Gutachterin bzw. den Gutachter** gemäß den Inhalten des Berichtsschemas für die Langzeittherapie beim Antrag erforderlich ist.

Dies gilt für folgende Anträge:

- Langzeittherapie als Einzeltherapie,

⁵⁵ Eine Liste der weiterbildenden Personen erhalten Sie bei Ihrer Ärztekammer/Psychotherapeutenkammer.

⁵⁶ Dies ergibt sich aus § 36 Absatz 2 BMV-Ä.

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

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung am 23. November 2019 ist bereits das Gutachterverfahren für Gruppentherapien entfallen. Künftig werden auch Anträge auf eine **Kombinationsbehandlung aus überwiegend durchgeführter Gruppentherapie mit Einzeltherapie**⁵⁷ **nicht mehr regelhaft begutachtet**. Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Psychotherapie-Vereinbarung in Teil C Durchführung der Behandlung § 11 Antragstellung Absatz 4.



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

Der Leistungsinhalt der GOP 35130 (sowie GOP 35131) ist auch dann erfüllt, wenn für das zweitgutachterliche Verfahren⁵⁸ ein **überarbeiteter oder neuer Bericht** erstellt werden muss bzw. eine substantielle Auseinandersetzung mit den Kritikpunkten der Gutachterin bzw. des Gutachters notwendig ist.

Nach einer Ablehnung ist es in aller Regel erforderlich, dass sich die behandelnde Person **mit den Gründen der ablehnenden Entscheidung eingehend auseinandersetzt** und vor diesem Hintergrund den erneut gestellten Antrag begründet. Der Zweitgutachterin bzw. dem Zweitgutachter sind außerdem alle für die Beurteilung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, einschließlich der Gutachten der Erstgutachterin bzw. des Erstgutachters.

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

Biographische Anamnese

35140

Biographische Anamnese, Erhebung des psychodynamischen bzw. verhaltensanalytischen Status, Dauer **mind. 50 Minuten**, einmal im Krankheitsfall

Ein Splitting der Statuserhebung in mehrere Einheiten ist **nicht** möglich.

Hinweise:

- 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)

⁵⁷ Mehr als die Hälfte der beantragten Therapieeinheiten im Gruppensetting

⁵⁸ Nach vorausgegangenem Widerspruch der Patientin bzw. des Patienten gegen die Entscheidung der Krankenkasse, die Kostenübernahme abzulehnen.

- 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 **mind. 20 Minuten** obligat, zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig

- Setzt den **persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt** voraus
- Ggf. bei „Beendigung“ im freien Begründungstext angeben (Abschlussgespräch oder ähnliches)

Probatorische Sitzung

- Probatorische Sitzungen nach GOP 35150 dienen ausschließlich der Einleitung bzw. Feststellung, ob ein Antrag auf Psychotherapie tatsächlich gestellt werden soll. Sie sind **keine** Richtlinien-therapie und werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.
- Vor Beginn einer Kurz- oder Langzeittherapie müssen probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Für Patientinnen und Patienten besteht die Verpflichtung, dass erst nach Aufsuchen einer psychotherapeutischen Sprechstunde (Dauer von **mind. 50 Minuten**) mit den probatorischen Sitzungen begonnen werden kann.
- Die Leistung ist daher **antragsfrei** abzurechnen, unterliegt jedoch nach der Psychotherapie-Richtlinie einer Ansatzbeschränkung.
 - Als Einzelbehandlung bei Erwachsenen finden **mind. 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): ggf. sechs) bis zum Beginn der Richtlinien-therapie 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 ggf. zu Plausibilitätsprüfungen.

35150

- Im Krankheitsfall für Erwachsene **mind. 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 **mind. 50 Minuten**
- In der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting möglich

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

Probatorische Sitzungen sind auch bei Bezugspersonen (z. B. GOP 35150B) abrechnungsfähig.⁵⁹

Beispiel:

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

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

Die Abrechnung wird durch Uhrzeitangaben neben den betreffenden Gebührenordnungspositionen begründet.

Behandlungstag	GOP	Uhrzeit
FK 5000 24.04.	FK 5001 35150	FK 5006 09:00
FK 5000 24.04.	FK 5001 35150 B	FK 5006 10:00



Bitte achten Sie darauf, dass dieselbe Uhrzeitangabe nicht mehrmals am gleichen Behandlungstag erscheinen darf.

An der max. 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.

⁵⁹ Es gelten analog die Regelungen nach § 18 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung.

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

Probatorische Sitzungen können in einer Praxis nicht erneut abgerechnet werden, wenn die Therapie von der gleichen Psychotherapeutin bzw. dem gleichen -therapeuten fortgeführt wird, z. B. nach Wechsel von Anstellung in Zulassung oder wenn eine Sicherstellungsassistenz die Therapie nach der 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 B€GO-EBM (siehe Seite 49) berechnet werden.

Probatorik in den eigenen Praxisräumen bei stationären Patientinnen und 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.⁶⁰

⁶⁰ Vgl. § 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.

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

War dies nicht der Fall, z. B. bei Vermittlung aus vorheriger stationärer Behandlung oder bei Therapeutenwechsel, müssen mind. zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting stattfinden.

Bei Erwachsenen sind probatorische Sitzungen max. bis zu vier Therapieeinheiten (TE) je Krankheitsfall möglich, max. 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 bzw. Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) sind max. bis zu sechs TE je Krankheitsfall möglich, max. 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	Teilnehmerzahl
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 bzw. Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) ist die jeweilige GOP **mit dem Buchstaben „B“** (z. B. 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 (max. 6 x 50 Minuten bzw. 10 x 50 Minuten). Die jeweilige GOP ist in diesen Fällen **mit dem Buchstaben „H“** (z. B. 35163H) bzw. bei Einbeziehung von Bezugspersonen **mit dem Buchstaben „Z“** (z. B. 35163Z) in der KVDT-Feldkennung 5001 („GNR“) in der Abrechnung zu kennzeichnen. Dies führt zu einer **häufigen** Vergütung und Prüfzeit.

In der **Systemischen Therapie** ist dies 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 104).

Gruppentherapie-Patientinnen und Patienten (Richtlinientherapie) und Gruppen-Probatorik-Patientinnen und Patienten können **gleichzeitig in gemischten Gruppensitzungen** behandelt werden. Dies gilt sowohl für Gruppensitzungen bei einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten als auch für gemeinsame Sitzungen bei zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Die jeweils notwendige Gruppengröße ist zu beachten.⁶¹

Weitere Informationen zur Abrechnung und zum Ausfüllen des Formblatts PTV 2 finden Sie ab Seite 102 zum Thema „Durchführung der Richtlinien-Gruppentherapie und Probatorik durch zwei Therapeuten“.



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

⁶¹ Mind. drei bis max. neun bzw. mind. sechs bis max. 14 Patienten



Bei der gemeinsamen Durchführung durch zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten gilt für den Ansatz der zutreffenden GOPen in Bezug auf die Gruppengröße:

- Probatorische Sitzung im Gruppensetting mit fest zugeordneten Patientinnen und Patienten pro Therapeutin bzw. Therapeut
- Jede Therapeutin bzw. jeder Therapeut rechnet die GOP ab, die der Anzahl seiner Bezugspatientinnen bzw. -patienten entspricht.

Beispiel:

In einer Gruppe mit insgesamt sieben Personen sind vier dem Therapeuten A und drei der Therapeutin B zugeordnet. Therapeut A rechnet für seine Bezugspatientinnen und -patienten für die Probatorik die GOP mit der **Endziffer 4** (GOP 35164) ab, während Therapeutin B die GOP mit der **Endziffer 3** (GOP 35163) abrechnet.

Richtlinien-Gruppentherapie mit fest zugeordneten Patientinnen und Patienten pro Therapeutin bzw. Therapeut: Jede Therapeutin bzw. jeder Therapeut rechnet die GOP ab, die der Anzahl der Bezugspatientinnen und -patienten entspricht.

Gemischte Gruppen von Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Gruppentherapie und Patientinnen und Patienten mit probatorischen Sitzungen im Gruppensetting: **Alle Patientinnen und Patienten** sind für die Ermittlung der Gruppengröße mitzuzählen. Diese (Gesamt-)Gruppengröße ist ausschlaggebend für die Abrechnung der entsprechenden GOP sowohl für die Patientinnen und Patienten mit Probatorik (GOPen 35163 bis 35169) als auch für die Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Gruppentherapie (GOPen aus Abschnitt 35.2.2). Bei einer gemeinsamen Durchführung einer so gemischten Gruppenbehandlung berechnet jede Therapeutin und jeder Therapeut die GOP nach der Gesamtanzahl ihrer bzw. seiner Bezugspatientinnen und -patienten (Beispiele ab Seite 103).

Psychotherapeutische Sprechstunde

- **Ziel** der Psychotherapeutischen Sprechstunde ist es, Patientinnen und Patienten einen **niedrigschwelligen Zugang** zur Psychotherapie zu bieten.
- In einem **Erstgespräch** wird abgeklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und die Patientin bzw. 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 der Patientin bzw. dem Patienten die individuelle Patienteninformation PTV 11 ausgehändigt werden (Dauer **mind. 50 Minuten**). Die Sprechstunde ist in der Patientenakte zu dokumentieren.⁶²



Alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie **müssen** Sprechstunden anbieten.

In einer **Berufsausübungsgemeinschaft** erfüllen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten einen gemeinsamen Behandlungsauftrag, sodass ein arbeitsteiliges Zusammenwirken zumindest denkbar ist. Allerdings stellt § 11 Absatz 13 der Psychotherapie-

⁶² Z. B. Datum der Leistungserbringung, diagnostische Erhebung, wesentliche Inhalte der ggf. stattgefundenen psychotherapeutischen Intervention sowie die Ergebnisse, siehe auch Psychotherapie-Richtlinie § 38

Richtlinie auf die Person der Therapeutin bzw. des Therapeuten ab. Die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden gehört folglich zum psychotherapeutischen Versorgungsauftrag und ist daher **für jede Therapeutin und jeden Therapeuten verpflichtend**.

Die Inanspruchnahme einer Psychotherapeutischen Sprechstunde von insgesamt mind. 50 Minuten⁶³ ist vor einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung (Probatorik, Richtlinien-therapie), vor der Akutbehandlung und der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung von jeder Patientin und jedem Patienten nachzuweisen.

Ausnahmen siehe Hinweis „Psychotherapeutische Sprechstunde“, Seite 59.

35151

Psychotherapeutische Sprechstunde zur diagnostischen Abklärung

- Psychotherapeutische Sprechstunde⁶⁴ mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung
- Beratung und/oder Erörterung
- Einzelbehandlung
- Dauer mind. 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 zehnmal** im Krankheitsfall berechnungsfähig und kann **bis zu viermal** auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit der oder 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 Richtlinien-therapie) möglich.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

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

Ist eine Akutbehandlung nicht ausreichend, sollten Patientinnen und 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 Psychotherapeutin bzw. des -therapeuten außerhalb der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie ergänzen.

Die erbrachten Stunden der Akutbehandlung werden **auf das Therapiekontingent** einer Richtlinien-therapie⁶⁵ **angerechnet**.

⁶³ Im ersten Quartal der Behandlung und/oder den drei vorherigen Quartalen

⁶⁴ Gemäß § 11 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

⁶⁵ Gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie

35152

Psychotherapeutische Akutbehandlung

- Psychotherapeutische Intervention(en) zur **Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen** mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen und/oder
- **Stabilisierung** von Patientinnen und Patienten zur Vorbereitung bei Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie
- Einzelbehandlung
- Dauer **mind. 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 der Versicherten bzw. des Versicherten möglichst nicht überschreiten.



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

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

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

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

Mögliche **Ziele** sind bspw. die Förderung der Gruppenfähigkeiten, die strukturierte Vermittlung von individuell angepassten Informationen zu Diagnosen und ambulanter Psychotherapie, die Förderung von Ressourcen sowie 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 bzw. Vorliegen einer Intelligenzstörung (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 104).

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

GOP	Teilnehmerzahl
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 bzw. Vorliegen einer Intelligenzstörung (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“ (z. B. 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 (max. 8 x 50 Minuten bzw. bei Einbezug von Bezugspersonen 10 x 50 Minuten). Die jeweilige GOP ist in diesen Fällen mit dem Buchstaben „H“ (z. B. 35173H) bzw. bei Einbeziehung von Bezugspersonen mit dem Buchstaben „Z“ (z. B. 35173Z) in der KVDT-Feldkennung **5001** („GNR“) zu kennzeichnen. Dies führt zu einer **hälftigen Vergütung und Prüfzeit**.

In der Systemischen Therapie ist dies **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 Behandlungsformen⁶⁶ durchgeführt werden. Auf dem Formular PTV 2 sind die ersten beiden Termine der probatorischen Sitzungen mit anzugeben.



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.



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

Umwandlung Kurzzeittherapie in Langzeittherapie

- Eine Kurzzeittherapie kann in eine Langzeittherapie überführt werden und ist **spätestens mit der achten Therapieeinheit** der KZT 2 zu beantragen, damit eine nahtlose Weiterbehandlung gewährleistet wird.
- Mit Antrag der Patientin bzw. des Patienten (PTV 1) und dem Formular PTV 2 (Feld „Langzeittherapie als Umwandlung“) erfolgt der Umwandlungsantrag und ist gutachterpflichtig.
- Folgende Inhalte sind dem Antrag in einem verschlossenen Briefumschlag für die Gutachterin bzw. den Gutachter (PTV 8) beizufügen:
 - Bericht (PTV 3)⁶⁷
 - Durchschrift (PTV 2)
 - Durchschrift des Konsiliarberichts (Muster 22), sofern erforderlich⁶⁸
 - Ergänzende Befundberichte, sofern erforderlich

⁶⁶ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie

⁶⁷ Erstellt gemäß Leitfaden zur Erstellung des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter

⁶⁸ Nur bei nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten

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. Voraussetzung hierfür ist, dass bei einem vollen Versorgungsauftrag **mind. 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),
- Häftigen 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 (z. B. 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 GOPen 35401, 35402, 35411, 35412, 35421, 35422, 35431 und 35432
Zuschläge zur Gruppentherapie im Rahmen der Kurzzeittherapie	
35593	Zuschlag zu den GOPen 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 Behandlungsformen⁶⁹ gibt es drei Auswahlmöglichkeiten⁷⁰:

- Einzelbehandlung
- Gruppenbehandlung
- Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung (auch durch zwei Therapeutinnen/Therapeuten)

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

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten in Gruppen umfasst die Größe der Gruppe bei analytisch begründeten Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie **mind. drei bis höchstens neun Patientinnen und Patienten** (bei einer Therapeutin/einem Therapeuten).



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 die behandelnde Person 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 (z. B. 3554X bei einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie).

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



Bitte denken Sie daran, dass **auch privat versicherte Patientinnen und Patienten** für die Bestimmung der Gruppengröße und der Wahl der abzurechnenden GOP zu berücksichtigen sind.

⁶⁹ Siehe § 15 der Psychotherapie-Richtlinie

⁷⁰ Siehe § 22 Kombination von Anwendungsformen Absatz 1 sowie § 30 Bewilligungsschritte der Psychotherapie-Richtlinie

Beispiel:

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

Gruppentherapie aus Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Langzeit- und Kurzzeittherapie

Bei dieser Konstellation ist die Gesamtgruppengröße zu betrachten. Es werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der KZT **und** 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 Teilnehmerinnen aus der KZT und drei Teilnehmern aus der LZT rechnet der Therapeut für die KZT die GOP 35506 (sechs Teilnehmerinnen/Teilnehmer) und für die LZT jeweils die GOP 35516 (sechs Teilnehmerinnen/Teilnehmer) ab.

Gruppenleitung durch mehrere Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Eine Gruppentherapie kann ab sechs Patientinnen und Patienten auch von mehreren Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt werden.

Jede Therapeutin bzw. jeder Therapeut rechnet die Patientinnen und Patienten ab, für die sie bzw. er auch das PTV 2 ausgefüllt hat und berechnet dabei die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl ihrer bzw. seiner jeweiligen Bezugspatientinnen und Bezugspatienten.

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 35505** (fünf Teilnehmer) und Therapeut 2 für jeden „seiner“ drei Patienten die **GOP 35503** (drei Teilnehmer) ab.

Antragstellung PTV 2

Antrag **einer** Therapeutin bzw. 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 ggf. durch zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten erfolgt.

Antrag von **zwei** Therapeutinnen bzw. Therapeuten

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

Beispiel:

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

Einzeltherapeutin A führt darüber hinaus „ihre“ individuell beantragten Therapieeinheiten auf (z. B. 20 Therapieeinheiten in der Einzelbehandlung);

Gruppentherapeutin B „ihre“ Therapieeinheiten (z. B. 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:

Bei einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten:

- Bleibt die überwiegende Anwendungsform bestehen, überwiegt bspw. 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 – ggf. auch ein neues Gutachten.

Bei zwei Therapeutinnen/Therapeuten:

- 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.

Kombination psychoanalytisch begründeter Verfahren bei Einzel- und Gruppentherapie

Nach der Psychotherapie-Richtlinie gelten Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie als (jeweils eigene) psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren. Die Richtlinie legt zwar fest, dass die drei anerkannten Behandlungsformen (psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) nicht kombinierbar sind, da dies zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses der verschiedenen Verfahren führen kann. **Beide psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren können jedoch in einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie miteinander kombiniert werden.**



stock.adobe.com/goodluz

Durchführung der Richtlinien-Gruppentherapie und Probatorik durch zwei Therapeutinnen/Therapeuten

Gruppentherapie-Patientinnen und -Patienten (Richtlinientherapie) und Gruppen-Probatorik-Patientinnen und -Patienten (siehe ab Seite 91) können **gleichzeitig in gemischten Gruppensitzungen** behandelt werden.

Dies gilt sowohl für **Gruppensitzungen** bei einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten als auch für **gemeinsame Sitzungen** bei zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Die jeweils notwendige Gruppengröße ist zu beachten.⁷¹

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

Die Probatorik im Gruppensetting und die (Richtlinien-) Gruppentherapie ab sechs Patientinnen bzw. Patienten kann **gemeinsam** durch zwei Therapeutinnen bzw. 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 Patientinnen und Patienten insgesamt befördern kann.

Die gemeinsame Durchführung kann **praxisübergreifend** (siehe auch „Gruppenpsychotherapeutische Leistungen außerhalb der Praxisräume“ ab Seite 104) organisiert werden.

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

⁷¹ Mind. drei bis max. neun bzw. mind. sechs bis max. 14 Patientinnen und Patienten

Jede Therapeutin und jeder Therapeut ist dabei für „ihre“ bzw. „seine“ jeweils fest zugeordneten Patientinnen und Patienten⁷² „hauptverantwortlich“, bspw. für die [schriftliche Dokumentation](#). Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut hat hierbei [mind. drei bis zu neun Patientinnen und Patienten](#) in hauptverantwortlicher Behandlung.

Beim Ausfüllen des [Formblatts PTV 2](#) gilt Folgendes bei mehreren Therapeutinnen und Therapeuten zu beachten:

- Wird die Gruppentherapie von [zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten](#) durchgeführt, füllt nur diejenige Person das Formblatt PTV 2 aus, die die Hauptverantwortung für die Gruppentherapie hat.
- Wird eine Kombinationsbehandlung von [drei Therapeutinnen und Therapeuten](#) (eine Person für Einzeltherapie und zwei für Gruppentherapie) durchgeführt, ist das Formblatt PTV 2 von der behandelnden Person, die die Einzeltherapie durchführt, und von der hauptverantwortlichen Person für die Gruppentherapie auszufüllen.

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

- [Probatorische Sitzung im Gruppensetting](#) mit fest zugeordneten Patientinnen und Patienten pro Therapeutin bzw. Therapeut:

Jede Therapeutin und jeder Therapeut rechnet die GOP ab, die der Anzahl der jeweiligen Bezugspatientinnen und -patienten entspricht.

Beispiel:

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

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

Beispiel 1 – Gemischte Gruppe bei einer Therapeutin:

In eine bestehende Gruppe aus drei Teilnehmern mit Richtlinien-Therapie wird ein weiterer Patient für probatorische Sitzungen aufgenommen. Für die – bei vorheriger Sprechstunde – max. möglichen gemeinsamen drei Sitzungen (à 100 Minuten) im Krankheitsfall kann die

⁷² Sogenannte Bezugspatientinnen und -patienten

Therapeutin 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 Teilnehmerinnen sind vier Teilnehmerinnen (3 TN mit tiefenpsychologisch fundierter Langzeittherapie in Gruppe und eine 1 TN mit Probatorik) dem Therapeuten A und vier Teilnehmerinnen (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 Bezugspatientinnen die zutreffenden GOPen mit der Endziffer 4 ab, das heißt für ihre Teilnehmerinnen mit Probatorik die GOP 35164 (+ Kennzeichnung 88135 siehe Hinweis) und für ihre Teilnehmerinnen mit der tiefenpsychologisch fundierten Langzeit-Gruppentherapie die GOP 35514 (+ Kennzeichnung 88135 siehe Hinweis) ab.



Werden probatorische Sitzungen im Gruppensetting und Richtlinien-Gruppentherapien gleichzeitig in einer Sitzung durch zwei Therapeutinnen bzw. 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 der Therapeutin bzw. des Therapeuten zu erbringen.⁷³ 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 Therapeutinnen und 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.⁷⁴ 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 ggf. die Beantragung einer Genehmigung zum Betrieb einer Filialpraxis.

⁷³ Vgl. § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Vereinbarung

⁷⁴ Vgl. § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV



Das **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“ unter dem Suchbegriff „Ausgelagerte Praxisräume“.

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 Stundenzahlen dem genehmigten Stundenkontingent der Patientin bzw. des Patienten hinzugerechnet (siehe auch Seite 40 „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 (Kurzzeittherapie¹ (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 **mind. 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 mind. 100 Minuten vorgesehen.

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

Zwei dieser 50-minütigen Therapieeinheiten ergeben eine Gruppentherapieeinheit⁷⁵ 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 (z. B. 35503Z).

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

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

Gruppentherapie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Abschnitt 35.2.2)

GOP	Teilnehmerzahl	Dauer
35503	3	Kurzzeittherapie
35504	4	
35505	5	
35506	6	
35507	7	
35508	8	
35509	9	
35513	3	Langzeittherapie
35514	4	
35515	5	
35516	6	
35517	7	
35518	8	
35519	9	

⁷⁵ Im Sinne von § 11 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung

Einbezug von Bezugspersonen

Bei Einbeziehung von Bezugspersonen sind die jeweiligen GOPen mit „B“ zu kennzeichnen (z. B. 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschieden. Möglich sind **drei bis neun Teilnehmerinnen und Teilnehmer**. Da bei der Beantragung von Gruppentherapien nicht abschließend festgestellt werden kann, wie viele **Patientinnen und Patienten** schließlich teilnehmen, ist die letzte Zahl der jeweiligen GOP mit einem „X“ zu kennzeichnen (z. B. 3552X).

Wie bei den übrigen Gruppentherapien besteht auch bei der analytischen Psychotherapie als Gruppentherapie die Möglichkeit, Sitzungen von **mind. 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“ (z. B. 35523Z).

Gruppentherapie analytische Psychotherapie (Abschnitt 35.2.2)

GOP	Teilnehmerzahl	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 (z. B. (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 **mind. 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 **mind. 100 Minuten** vorgesehen.

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

Zwei dieser 50-minütigen Therapieeinheiten ergeben eine Gruppentherapieeinheit⁷⁶ 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 (z. B. 35543Z).

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

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

Gruppentherapie Verhaltenstherapie (Abschnitt 35.2.2)

GOP	Teilnehmerzahl	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	

⁷⁶ Im Sinne von § 11 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung

Einbezug von Bezugspersonen

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

Systemische Therapie

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, z. B. zwischen einer Patientin bzw. 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.

35435

Systemische Therapie (LZT, Einzelbehandlung, je 50 Minuten)

Einzeltherapien können in zwei Einheiten von jeweils **mind. 25 Minuten** Dauer unterteilt werden. Die GOP (z. B. 35431) kann aber erst abgerechnet werden, wenn der Leistungsinhalt voll erfüllt ist, also auch die **zweite Einheit** erbracht ist.



Bitte beachten Sie, 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 **mind. 100 Minuten** vorgesehen.

Es können aber auch Sitzungen von **mind. 50 Minuten** durchgeführt werden. Hierzu sind die GOPen mit dem Buchstaben „H“ zu kennzeichnen (z. B. 35703H). Dies führt zu einer **hälftigen** Vergütung.

Zwei dieser 50-minütigen Therapieeinheiten ergeben eine Gruppentherapieeinheit⁷⁷ 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 (z. B. 35703Z).

Bei der Gruppentherapie wird nach Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschieden. Möglich sind **drei bis neun Teilnehmerinnen und Teilnehmer**. Da bei der Beantragung von Gruppentherapien nicht abschließend festgestellt werden kann, wie viele Patientinnen und Patienten schließlich teilnehmen, ist die letzte Zahl der jeweiligen GOP mit einem „X“ zu kennzeichnen (z. B. 3570X).

Gruppentherapie Systemische Therapie (Abschnitt 35.2.2)

GOP	Teilnehmerzahl	Dauer
35703	3	Kurzzeittherapie
35704	4	
35705	5	
35706	6	
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 (z. B. 35703B).



Die Systemische Therapie steht **seit 01.07.2024** auch für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen als **Kassenleistung** zur Verfügung.

Rezidivprophylaxe

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

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

⁷⁷ Im Sinne von § 11 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung

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

Bei Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung bzw. Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) können im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden **max. zehn Stunden** und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden **max. 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, **muss zuvor die Beendigung der Langzeittherapie in der Praxissoftware übermittelt werden**. Dies erfolgt über die GOP 88131.⁷⁸

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 mind. 50 Minuten**

„Y“: Kennzeichnung der LZT (Gruppe) als Rezidivprophylaxe bei einer Dauer von **weniger als 100 Minuten, aber mind. 50 Minuten mit Einbeziehung Bezugsperson**

Strukturzuschläge Psychotherapie

Zur Vergütung von höheren Aufwendungen bei der Praxisorganisation (z. B. durch die Beschäftigung von Personal) gibt es **drei Strukturzuschläge**. Diese gelten für die Einzel- und Gruppentherapien im Abschnitt 35.2., die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung, 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 62.

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)

⁷⁸ Die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe wird mit der GOP 88130 angezeigt.

35573

Zuschlag zu [Psychotherapeutischer Sprechstunde und Akutbehandlung](#) (35151, 35152) sowie [Eingangssprechstunde](#) im Rahmen der KSVPsych-RL (37500)



Die Strukturzuschläge werden **automatisch** durch die KVB zugesetzt. Die Zusetzung der Zuschlagspositionen 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:

- Ärztinnen und Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen [Nervenheilkunde](#), [Neurologie](#), [Psychiatrie](#), [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#), [Psychosomatische Medizin](#) und [Psychotherapie](#), [Kinder- und Jugendmedizin](#)
- Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die über eine [Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung](#) verfügen

Ausnahme:

Für Ärztinnen und 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 bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung – [grundsätzlich delegierbar](#).

Die Leistungen nach den GOPen 35600 bis 35602 sind [je fünf Minuten zeitgetaktet berechnungsfähig](#). In diesen Zeittakt von „je vollendete fünf Minuten“ ist die Gesamtzeit zur Durchführung des Testgeschehens einzubeziehen:

- Zeit, die die Patientin bzw. der Patient benötigt
- Zeit der HelferIn bzw. des Helfers
- Zeit der Ärztin bzw. des Arztes (Therapeutin/Therapeut).

Die [Höchstgrenzen](#) der oben genannten Leistungen sind je Behandlungsfall zu beachten:

- Versicherte [bis zum vollendeten 21. Lebensjahr](#) nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1636 Punkten
- 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-GOPen 35600 bis 35602 sind auch während einer Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Psychotherapie als Bestandteil der Therapie je nach erforderlicher Zeit berechenbar.⁷⁹

In diesen Fällen können die Testverfahren bei Kurzzeittherapie bis zu dreimal berechnet werden, bei Langzeittherapie bis zu siebenmal.

- Die GOP 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-Kontakt⁸⁰ zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen zur Videosprechstunde⁸¹ erfüllt sind (siehe ab Seite 74).

⁷⁹ § 18 Absatz 2 der Psychotherapie-Vereinbarung

⁸⁰ Gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen

⁸¹ Gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

6. Neuropsychologische Therapie gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-Richtlinie)



stock.adobe.com/AnnaStills

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 Patientinnen und Patienten z. B. 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 Patientinnen und Patienten, **deren Beginn länger als fünf Jahre zurückliegt**, sind in begründeten Einzelfällen Ausnahmen auf Antrag bei der Krankenkasse möglich.

Wie erfolgt die Feststellung der Indikation?

Die Feststellung der Indikation erfolgt **zweistufig**.

- Stufe 1: **Somatische Abklärung**
→ Eine Ärztin bzw. ein Arzt klärt ab, ob die Patientin bzw. der Patient an einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung leidet.
- Stufe 2: **Neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplan**
→ Nach Feststellung der Diagnose prüft eine andere Ärztin bzw. ein anderer Arzt oder eine Psychotherapeutin bzw. ein Psychotherapeut mit neurologischer Zusatzqualifikation, ob eine neuropsychologische Therapie für die Patientin bzw. den Patienten infrage kommt.



Aus Qualitätssicherungsgründen darf die Diagnose der Stufe 1 **nicht von derselben Ärztin bzw. demselben Arzt** durchgeführt werden, die oder der ggf. die neuropsychologische Therapie durchführt.

Indikationen zur neuropsychologischen Therapie⁸²

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: **Fachärztinnen und -ärzte 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: **Ärztinnen und Ärzte, Psychologische**

⁸² Gemäß Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD-10

Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, die eine neuropsychologische Zusatzqualifikation nachweisen können.



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/formularservice 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 max. fünf Patientinnen bzw. Patienten** durchgeführt werden.⁸³
- Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Behandlung **auch außerhalb der Praxis/Einrichtung** erbracht werden (z. B. bei Schädigung und Behinderung nach erworbener Hirnschädigung usw.). **Eine gesonderte Begründung und Dokumentation ist notwendig.**⁸⁴
- Die neuropsychologische Diagnostik (Stufe 2) und Behandlung ist **persönlich** durch die Ärztin bzw. den Arzt oder die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten zu erbringen, die oder der über eine entsprechende Genehmigung der KVB verfügt.

Wie erfolgt die Qualitätssicherung?

- Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung zur neuropsychologischen Diagnostik (Stufe 2) und Therapie sind verpflichtet,
 - die Befunde,⁸⁵
 - 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

⁸³ Vgl. § 7 der Anlage

⁸⁴ Vgl. § 9 der Anlage

⁸⁵ Vgl. § 5 der Anlage

→ 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 GOPen 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 die behandelnde Ärztin bzw. 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 allein nicht erreicht werden konnte.

Die GOPen 30932 und 30933 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung⁸⁶ ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt⁸⁷ zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen⁸⁸ erfüllt sind.

Werden die Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt, sind diese mit dem Buchstaben „V“ in der Abrechnung zu kennzeichnen (z. B. 30932V).

Die Vergütung der Gebührenordnungspositionen 30930 bis 30935 erfolgt außerhalb MGV.

Leistungsumfang

Details und Rahmenbedingungen zum genehmigungsfreien Leistungsumfang der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie:

- 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 (mind. 50 Minuten bei der Einzelbehandlung, mind. 100 Minuten bei der Gruppenbehandlung) können – bei medizinischer Notwendigkeit – in zwei Einheiten (mind. jeweils 25 Minuten bei der Einzelbehandlung, mind. jeweils 50 Minuten bei der Gruppenbehandlung) unter entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (max. 120 bei der Einzeltherapie, max. 80 bei der Gruppentherapie) unterteilt werden.

⁸⁶ In Anlehnung an § 17 der Anlage 1 zum BMV-Ä

⁸⁷ Gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen

⁸⁸ Gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

- Im besonderen Einzelfall ist bei der Einzelbehandlung eine **Überschreitung um bis zu max. 20 Behandlungseinheiten je Krankheitsfall zulässig, bzw. um bis zu max. 40 Behandlungseinheiten** (bei Therapieeinheiten von mind. 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:

- Versicherte **bis zum vollendeten 21. Lebensjahr** nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten
- Versicherte **ab Beginn des 22. Lebensjahres** nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten

Die GOP **30930** ist – mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung – **grundsätzlich delegierbar**.



Die Durchführung von psychometrischen Tests kann vor oder nach probatorischen Sitzungen bzw. 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

- 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)



Die Leistung ist am Behandlungstag **höchstens zweimal je Teilnehmerin bzw. Teilnehmer** berechnungsfähig.

30934

Erstellen eines Therapieplans

- **Einmal** im Krankheitsfall

30935

Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall

- **Einmal** im Krankheitsfall

7. Sonstige Kostenträger

Auf Bundes- und auf Landesebene gibt es mehrere Sonstige Kostenträger.⁸⁹ Der **Leistungsanspruch** für Versicherte ist **unterschiedlich ausgestaltet**. Zum Teil betrifft dies auch die Abrechnung und Vergütung für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten. Nachfolgend finden Sie die relevantesten **Besonderheiten**.⁹⁰ Bei Fragen helfen Ihnen unsere versierten Beraterinnen und Berater gerne weiter.



Weitere Informationen unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess – „Spezielle Abrechnungsthemen/Besondere Kostenträger“



stock.adobe.com/VadimGuzhva

7.1. Asylbewerberinnen/-bewerber und 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-Patientinnen und Patienten beim Sozialhilfeträger.

Falls keine ausreichende Verständigungsmöglichkeit mit einer Patientin oder einem Patienten besteht, kann eine Dolmetscherin bzw. ein Dolmetscher formlos beim zuständigen Sozialhilfeträger **angefordert** werden. Die Kosten hierfür übernimmt der Sozialhilfeträger. Dies gilt jedoch **nicht**, wenn eine Asylbewerberin bzw. ein Asylbewerber bereits eine eGK erhalten hat.

⁸⁹ Z. B. Bayerische Bereitschaftspolizei, Postbeamte Gruppe A, Sozialämter

⁹⁰ Aus Platzgründen verzichten wir auf eine ausführliche Darstellung.

Seit 1. April 2017 gibt es eine Asylvereinbarung, an der alle bayerischen Städte und Landkreise teilnehmen.

Grundlage für die Behandlung⁹¹ ist stets ein von der jeweiligen Sozialhilfeverwaltung ausgestellt, gültiger **Behandlungsschein**. Dieser muss folgende Daten enthalten:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- fünfstellige Kassennummer der Sozialhilfeverwaltung



Bitte beachten Sie die **individuellen Angaben der Sozialhilfeverwaltung**, insbesondere hinsichtlich des Leistungsumfangs, Gültigkeitszeitraums und behandelnder Fachrichtung. Aufgrund der Vereinbarung gibt es bayernweit einheitliche Regelungen, insbesondere der Leistungsumfang kann jedoch bei außerbayerischen Kostenträgern abweichen.

Behandlungsscheine werden einheitlich ausgegeben und müssen nicht mit der Quartalsabrechnung eingereicht werden. Bei außerbayerischen Sozialhilfeträgern ist es jedoch wichtig, die **Originalscheine** weiterhin mit der Quartalsabrechnung einzureichen.

Auch der Mehraufwand bei einem Erstkontakt wird honoriert. Hierfür wurde eigens eine **Mehraufwandspauschale** eingeführt. Um diese abrechnen zu können, setzen Sie bitte in Ihrer Abrechnung – einmal je Patientin bzw. Patient – die GOP 97007 an.



Ein nochmaliger Ansatz der Mehraufwandspauschale in einem der Folge quartale ist für dieselbe Patientin bzw. 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 Asylbewerberinnen und -bewerber, 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.

7.2. Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr

Bei Angehörigen der Bundeswehr rechnet die Vertragsärztin bzw. der -arzt oder die Vertragspsychotherapeutin bzw. der -therapeut seine Leistungen auch **direkt mit der KVB** ab. Dabei werden alle Untersuchungen und Behandlungen 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 eine ärztliche Psychotherapeutin bzw. einen -therapeuten oder eine Vertragspsychotherapeutin bzw. einen -therapeuten nur auf einer vorgenommenen **Überweisung von einer Ärztin oder einem Arzt der Bundeswehr (Truppenärztin/-arzt)** aufsuchen. Stellt die behandelnde Ärztin oder der Arzt fest, dass eine Kollegin bzw. ein Kollege hinzugezogen werden sollte, bedarf es einer erneuten Überweisung durch die

⁹¹ Gemäß § 4 AsylbLG

Truppenärztin bzw. den -arzt. Die **Abrechnung** der ärztlichen Leistungen erfolgt **auf der Grundlage des vorgelegten Überweisungsscheins**. Bei umsatzsteuerpflichtigen Leistungen erfolgt eine Direktabrechnung zwischen Vertragsärztin bzw. -arzt oder Vertragspsychotherapeutin bzw. -therapeut sowie dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr.

Verfahren zur Durchführung von Psychotherapie

Zur Durchführung einer tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie einer Verhaltenstherapie bei Soldatinnen und Soldaten darf die Überweisung nur an eine in der vertragsärztlichen Versorgung behandlungsberechtigte Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychologische Psychotherapeutin bzw. einen -therapeuten vorgenommen werden.⁹²

Leitfaden zur Beantragung einer Therapie

Behandlungs- und Genehmigungsverfahren

Die **Genehmigung** psychotherapeutischer Behandlungen im Rahmen dieses Vertrags erfolgt durch das **Sanitätsamt der Bundeswehr** (Nachfolgend: SanABw). Wird eine genehmigungspflichtige psychotherapeutische Behandlung 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 eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen -therapeuten erforderliche Abklärung einer somatischen Erkrankung wird durch die Truppenärztin bzw. 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 die zuständige Truppenärztin bzw. den zuständigen Truppenarzt – an das SanABw weitergeleitet werden.

Bei einem Antrag auf Durchführung von **Langzeittherapie** kann durch das SanABw **eine zivile Gutachterin bzw. 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 die behandelnde Person der Truppenärztin bzw. dem Truppenarzt vorzulegen, die oder der diese an das SanABw weiterleitet. Die Truppenärztin bzw. der Truppenarzt überweist die Soldatin oder den Soldaten mit der Genehmigung des SanABw (vierfach – gleichzeitig Behandlungsausweis) an die behandelnde Person⁹³.

Die **Bundeswehr** gewährt auch bei der psychotherapeutischen Behandlung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr bei der Abrechnung von Leistungen nach den GÖPen 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde), 35152 (Akutbehandlung) und der GÖPen des Abschnitts 35.2.1 und 35.2.2 (Einzel- und Gruppentherapien) die **Strukturzuschläge Psychotherapie**.

Hinweise:

- Der Strukturzuschlag ist **ab der ersten Sitzung** berechnungsfähig.

⁹² Das Verfahren zur Durchführung der Psychotherapie ergibt sich aus der Anlage 4 des Bundeswehrvertrags.

⁹³ Ärztin/Arzt oder Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer -therapeut

- Die Bewertung erfolgt mit dem im **EBM** ausgewiesenen Punktwert multipliziert mit dem Faktor 0,5.
- Das heißt: Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird ein **halber Zuschlag** gewährt, dafür aber bereits ab der ersten Sitzung.
- Die Vergütung erfolgt **extrabudgetär**.
- Der Strukturzuschlag wird **automatisch** durch die KVB zugesetzt. Kein gesonderter Eintrag in der Abrechnung durch die Praxis erforderlich.

Bei **Ablehnung** der Genehmigung durch das SanABw unterrichtet die Truppenärztin bzw. der Truppenarzt hierüber die zivile Ärztin bzw. den Arzt oder die Psychologische Psychotherapeutin bzw. den -therapeuten und belehrt die Soldatin bzw. den Soldaten aktenkundig über die Ablehnung.

Anders als in der Psychotherapie-Richtlinie gilt für die Probatorik folgende Regelung: Es können **fünf Sitzungen** bzw. 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.

7.3. Vereinbarung zur Versorgung von besonderen Sozialhilfeempfängern

Seit 1. Oktober 2019 besteht eine Vereinbarung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung für sogenannte besondere Sozialhilfeempfänger **mit Behandlungsschein**.⁹⁴

Die betroffene Personengruppe sind sogenannte besondere Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger. Dabei handelt es sich um Patientinnen bzw. 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.

7.4. 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 Durchgangsarztinnen und -ärzte berechtigt.

⁹⁴ Ziel der Vereinbarung ist es, durch die Regelungen insbesondere eine Vereinheitlichung und Vereinfachung des Verfahrens zur ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten, die nicht krankenversichert sind, zu erreichen.



Weitere Informationen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, Anlage 2 finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess unter Spezielle Abrechnungsthemen/Besondere Kostenträger.

8. Alternative Versorgungsformen

8.1. Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Psychotherapeutinnen und -therapeuten können bei Indikationen in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) tätig werden. So dürfen sie z. B. 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 Psychotherapeutinnen und -therapeuten 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.



stock.adobe.com/Gorodenkoff

8.2. Praxisnetze

In Praxisnetzen können Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit folgenden **Zielen** teilnehmen:

- **Verbesserung der Kommunikation** von Ärztinnen bzw. Ärzten und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten untereinander
- **Optimierung der Versorgung** von Patientinnen und Patienten im Praxisnetz
- **Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen** wie Krankenhäuser, Apotheken
- **Verbesserung der Arbeitsbedingungen** für Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten

8.3. Komplex-Richtlinie (KSVPsych-RL)⁹⁵

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 Versorgungsprogramm für **Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen**. Im Sinne der Patientinnen und Patienten stehen dabei die **berufsgruppenübergreifende, interdisziplinäre Versorgung**, eine aufeinander abgestimmte und vernetzte **wohnnortnahe Betreuung** sowie ein **sektorübergreifender Ansatz** im Vordergrund. Für die Durchführung und Abrechnung ist ein **Kooperationsvertrag** (sog. Netzverbund) notwendig.

Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss von Ärztinnen bzw. Ärzten und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten, 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**

8.4. 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

Psychotherapeutinnen und -therapeuten können am strukturierten psychotherapeutischen psychoonkologisch orientierten Begleitungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot im DMP Brustkrebs teilnehmen (siehe auch Stichwort Psychoonkologie, ab Seite 55).

⁹⁵ Vergütung zum 1. Oktober 2022 beschlossen



stock.adobe.com/Lumos sp

Informationen für neu niedergelassene Vertragsärztinnen/-ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten

Welche Informationsquellen sind für Sie als neu niedergelassenes Mitglied relevant?

Starterpaket

Das Starterpaket versorgt Sie mit allen nötigen [Hinweisen und Fundstellen](#), die Sie für die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung benötigen. Dieses Angebot richtet sich in erster Linie an neu zugelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie an diejenigen, die von der einen Teilnahmeform in eine andere wechseln. Sie können die einzelnen Dokumente ausdrucken, ggf. manuell ausfüllen und versenden. Einige können Sie auch elektronisch ausfüllen.⁹⁶

Mit unserem Informationsangebot auf unserer [Website](#), unseren [KVB-Serviceschreiben](#), dem [Mitgliedermagazin KVB FORUM](#) und den darin enthaltenen [KVB INFOS](#) halten wir Sie auf dem Laufenden.

⁹⁶ Bitte beachten Sie, dass sich die einzelnen Rechtsvorschriften, Informationen und Verfahrensweisen häufig ändern.



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 – für die Anfangszeit eine [erfahrene Beraterin bzw. einen erfahrenen Berater als Patin bzw. Paten](#) zur Seite. Die Teilnahme am Patenprogramm erfolgt für alle neuen Mitglieder [automatisch](#) durch Kontaktaufnahme einer Beraterin oder eines Beraters. Dieser Service ist selbstverständlich [kostenfrei](#).⁹⁷

Übersicht der Beratungsleistungen für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

- [Starterberatung](#) durch eine erfahrene Beraterin bzw. einen erfahrenen Berater
- Beratung zu [Online-Themen](#) durch unseren eTec Support, insbesondere zur Telematikinfrastruktur, Online-Zugängen und Abrechnungseinreichung
- [Persönliche Beratung vor der ersten Abrechnung](#) durch eine Praxisberaterin oder einen Praxisberater
- Erläuterung der [Arzneimittel-Trendmeldung](#) durch Verordnungsberaterinnen und -berater⁹⁸
- Besprechung der [vorläufigen Richtigstellung](#) (bei Auffälligkeiten) mit einer Praxisberaterin bzw. einem Praxisberater nach Erstellung durch die Honorarabteilung
- Besprechung des [ersten Honorarbescheids](#) mit einer Praxisberaterin bzw. einem Praxisberater
- [Honoraranalyse](#) nach vier Quartalen durch eine Praxisberaterin bzw. einen Praxisberater⁹⁹
- Beendigung der Patenschaft



Die Patin bzw. der Pate stellt ein **individuelles Programm** aus den genannten Beratungsthemen, speziell zugeschnitten auf die Praxis und die Bedürfnisse jedes einzelnen Mitglieds, zusammen.

Übersicht der Beratungsleistungen für angestellte Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

- [Starterberatung](#) durch eine erfahrene Beraterin bzw. einen erfahrenen Berater
- Telefonische [Beratung der Anstellerin bzw. des Anstellers](#)
- Erläuterung der [Arzneimittel-Trendmeldung](#) durch Verordnungsberaterinnen und -berater¹⁰⁰
- Bei Bedarf: [Beratung zu Abrechnungsziffern](#)
- Beendigung der Patenschaft

⁹⁷ Falls Sie kein Interesse an unserem Patenprogramm haben, können Sie dies einfach der Beraterin bzw. dem Berater mitteilen.

⁹⁸ Entfällt bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten

⁹⁹ Entfällt bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten

¹⁰⁰ Entfällt bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten



Weitere Informationen zum Patenprogramm finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/patenprogramm.

Besondere Genehmigungen

Für die Abrechnung vieler ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Leistungen bestehen besondere Genehmigungserfordernisse.



Um Honorarnachteile zu vermeiden, achten Sie bitte darauf, in zeitlichem Zusammenhang mit der Zulassung die **notwendigen Genehmigungen** für diese Leistungen zu beantragen bzw. die **Teilnahme** an Selektivverträgen oder Disease Management Programmen (DMP) zu **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 **Vertragsärztinnen und -ärzte** melden für die ersten zwei vollen Quartale **monatlich** die vorliegende **Zahl von Behandlungs- ausweisen**.
- Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende **Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten** melden in den ersten zwei vollen Quartalen **monatlich Anzahl und Häufigkeit der abzurechnenden Gebührenordnungspositionen (GOPen)**.



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 bitte an das zentrale Servicecenter unter:

Telefon 0 89 / 57093 – 40010

Servicezeiten des Servicecenters

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr

Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

Unsere Mitarbeiterinnen und 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**.

Hinweis:

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Stand der Veröffentlichung:

1. Juli 2024