

Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen

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



Teil I – Praxisführung	4
Altersgrenze für Vertragsärzte/-psychotherapeuten.....	4
Approbation	4
Arztregistereintrag	4
Aus- und Weiterbildung	5
Bedarfsplanung.....	6
Berufsgenossenschaft.....	6
Fördermöglichkeiten	7
Fortbildungsverpflichtung	7
Kammern für Heilberufe in Bayern	8
Kassenzulassung.....	8
Koordinationsstelle Psychotherapie	14
Qualitätsmanagement (QM) in der Psychotherapie.....	14
Terminservicestelle (TSS)	15
Verordnungen durch Psychotherapeuten	16
Teil II – Spezielle Psychotherapieregungen	17
Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung.....	17
Psychotherapie-Vordrucke	18
Teil III – Abrechnung von A bis Z	20
Teil III.a – Wissenswertes aus dem Bereich Abrechnung von A bis Z - Stichworte	21
Teil III.b – Psychotherapeutische Leistungserbringer: EBM-Kapitelzuordnung.....	43
Teil III.c – Abrechnungsstrukturen des EBM für psychotherapeutische Leistungen.....	44
Teil IV – Neuropsychologische Therapie gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“	58
Teil V – Sonstige Kostenträger	61
Versorgung von Soldaten der Bundeswehr.....	61
Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger	62
Asylbewerber/Flüchtlinge.....	62
Teil VI – Alternative Versorgungsformen	63
Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV).....	63
Praxisnetze	63
Disease-Management-Programme (DMP)	63
Anhang Neuniederlassung	64
Information und Beratung	66

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

der vorliegende „Wegweiser Psychotherapie“ hat sich seit vielen Jahren als zuverlässige Hilfestellung für den Praxisalltag in der Psychotherapie bewährt. Bei der Überarbeitung haben wir deshalb auch die bisherige Gliederung im Teil I „Praxisführung“ in alphabetischer Reihenfolge beibehalten.

Die vorangegangene Neuauflage war allein schon wegen der umfassenden Strukturreform Psychotherapie notwendig, die seit 1. April 2017 Gültigkeit hat. Die jetzige Aktualisierung beinhaltet in erster Linie die Einarbeitung damit verbundener und mittlerweile umgesetzter Folgeregelungen. Da neue gesetzliche Vorgaben verständlicherweise immer viele Fragen aufwerfen, greifen wir diese im Rahmen der Broschüre auf. Selbstverständlich reicht der Platz hier nicht aus, um alle Details abschließend zu erläutern.

Deshalb möchte ich Ihnen gerne anbieten, sich direkt an die kompetenten Beraterinnen und Berater der KVB zu wenden, die Sie bei Abrechnung, Praxisführung und vielen anderen Themen konstruktiv begleiten können. Deren Kontaktdaten finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Kontakt und Beratung*. Bitte stimmen Sie für persönliche Beratungsgespräche einen Termin in Ihrer Bezirksstelle ab, damit wir uns auch genug Zeit für Sie nehmen können.

Informationen und Umsetzungshinweise für den Praxisalltag im Bereich Psychotherapie finden Sie ebenfalls unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Strukturreform Psychotherapie*. Wir organisieren zudem regelmäßig Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen rund um die Psychotherapie in unseren Bezirksstellen. Nutzen Sie bitte auch diese Möglichkeit für einen direkten Kontakt zur KVB.

Ganz aktuell stellt die Einführung und Umsetzung der Telematikinfrastruktur für die Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten eine große Herausforderung dar. Auch hierzu haben wir einen kurzen Abschnitt aufgenommen, verweisen aber ganz allgemein auf unsere ausführlichen Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/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 – sehr wichtig. So kann ich erfahren, welche Anliegen, Kritikpunkte oder Sorgen Sie bewegen. Zögern Sie deshalb nicht, mir Lob, konstruktive Kritik und Anregungen zu übermitteln – am besten per E-Mail an vorstand@kvb.de. Ich verspreche Ihnen, dass jede Mail nicht nur gelesen, sondern auch beantwortet wird und hoffe, dass der aktualisierte „Wegweiser Psychotherapie“ für Sie wieder eine wertvolle Orientierungshilfe bietet.

Freundliche Grüße



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

Altersgrenze für Vertragsärzte/-psychotherapeuten

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

Approbation

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

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

Die Führung der Bezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ beziehungsweise „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ ist damit nur Personen möglich, die **eine Ausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte absolviert** haben.

Arztregistereintrag

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

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

Ärzte:

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

1. Geburtsurkunde, gegebenenfalls Heiratsurkunde
2. Approbationsurkunde

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

Bei Antragstellung ist eine **Gebühr von 100,- Euro** zu entrichten (§ 46 Absatz 1a Ärzte-ZV). Die Arztregistereintragung sichert den Facharztstandard in der vertragsärztlichen Versorgung.

Wichtige Informationen zu diesem Thema finden Sie in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und in den einschlägigen Bestimmungen (§§ 95 – 104) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Für die Behandlung von GKV-Versicherten muss **eine Approbation in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach §§ 15 bis 17 der Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Behandlungsverfahren** vorliegen.

Maßgeblich für die Ausbildung ist die **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung** für Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Ausbildung umfasst insgesamt 4.200 Stunden in einem der drei genannten sozialrechtlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Die zur Ausbildung zugelassenen Kandidaten können Ausbildungsförderung – wie Studenten an Hochschulen – nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) erhalten. Dem formellen Antrag **im Original** sind folgende Unterlagen in der angegebenen **Sortierung** beizufügen:

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

Bei Antragstellung ist eine **Gebühr von 100,- Euro** zu entrichten (§ 46 Absatz 1a Ärzte-ZV).

Die Voraussetzungen für den Eintrag von Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das Arztregister sind die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 oder § 12 des Psychotherapeutengesetzes und der Fachkundenachweis.

Informationen und den Antrag auf Eintragung im Arztregister finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/Buchstabe „A“/Arztregistereintrag*.

Aus- und Weiterbildung

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

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

Die KVB bietet als Service eine kostenfreie Online-Börse für Praxis- und Stellenvermittlungen. In dieser Börse sind Ausbildungsstellen für angehende Psychologische Psychotherapeuten

und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gelistet. Angehende ärztliche Psychotherapeuten können hier ebenso nach einer Weiterbildungsstelle suchen.

Die KVB-Börse finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KVB-Börse*.

Weitere Informationen rund um die Aus- und Weiterbildung stehen unter www.kvb.de in der Rubrik *Nachwuchs* bereit.

Ausbildungskandidaten (Psychotherapieausbildung)

Unterscheidungsmerkmale

Praktische Ausbildung – Praktische Tätigkeit:

Die **praktische Ausbildung** führen Ausbildungsteilnehmer in Ausbildungsinstituten in eigenen **Patientenbehandlungen** unter Supervision durch.

Das heißt, in der praktischen Ausbildung führt der Ausbildungskandidat die Psychotherapiesitzung eigenständig durch. Der Supervisor nimmt in zeitlichen Abständen ab und an mit daran teil. Die durchgeführten Stunden werden über das ermächtigte Ausbildungsinstitut direkt mit der Krankenkasse abgerechnet.

Die **praktische Tätigkeit** der Psychotherapieausbildung kann unter anderem in der Praxis eines zugelassenen Psychotherapeuten stattfinden.

Voraussetzung

- Vom Ausbilder wurde eine Anstellungsgenehmigung für einen Ausbildungskandidaten beantragt.

Durchführung der Psychotherapiesitzungen

- Die Sitzung führt grundsätzlich der Lehrtherapeut (Ausbilder) in eigener Person durch. Das heißt, der Ausbildungskandidat nimmt an diesen Sitzungen teil und „schaut dem Lehrtherapeuten über die Schulter“.
- Der Ausbildungskandidat selbst erbringt keine eigenständigen Leistungen, sondern wird nur unter **Anleitung und in Verantwortung** des Lehrtherapeuten tätig.

Beispiel:

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

trag (§ 14 BMV-A) persönliche Leistungen des Psychotherapeuten, wenn diese Leistungen angeordnet und fachlich überwacht werden und der Ausbildungskandidat dafür qualifiziert ist. Bei den Testverfahren ist die Überwachung dann gesichert, wenn der Lehrtherapeut in der Nähe, das heißt in der Praxis ist, um gegebenenfalls eingreifen beziehungsweise Hilfe anbieten zu können.

- Die unter Anleitung erbrachten Leistungen werden Lehrtherapeuten angerechnet und stellen letztendlich Leistungen des Lehrtherapeuten dar.
- Es ist in der praktischen Tätigkeit nicht zulässig, dass der Ausbildungskandidat (-assistent) selbstständig und ohne jede Anleitung und Aufsicht tätig wird.
- Durch die Kennzeichnung der Leistungen mit der LANR des Lehrtherapeuten kommt die persönliche Leistungserbringung zum Ausdruck.
- Leistungen eines Ausbildungskandidaten, die ohne Anleitung und Aufsicht erbracht werden, können nicht dem Lehrtherapeuten zugerechnet werden. **Fazit:** Sie dürfen nicht unter dessen LANR abgerechnet werden.

Bedarfsplanung

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

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

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie sieht vor, dass

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

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

Einen ersten Überblick über die aktuelle Versorgungssituation können Sie sich in unserer Niederlassungssuche verschaffen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/Niederlassungssuche*.

Berufsgenossenschaft

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

Hausanschrift:

BGW Hauptverwaltung
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg

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.

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

Fördermöglichkeiten

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

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

Die einzelnen Fördermaßnahmen gliedern sich unter anderem in Zuschüsse für eine Niederlassung, für den Praxisaufbau, für die Errichtung einer Zweigpraxis, für die Beschäftigung eines angestellten Arztes/PPs/KJPs, für die Fortführung einer Praxis über das 63. Lebensjahr hinaus, sowie für die Beschäftigung eines ärztlichen Weiterbildungsassistenten beziehungsweise eines PP oder KJP in Ausbildung. Näheres hierzu und die notwendigen Antragsformulare finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/Finanzielle Fördermöglichkeiten/Regionale finanzielle Fördermöglichkeiten*.

Die ärztliche Weiterbildung beziehungsweise psychotherapeutische Ausbildung wird noch auf weitere Arten gefördert. Neben der gesetzlichen Förderung der allgemeinmedizinischen sowie der grundversorgenden fachärztlichen Weiterbildung nach § 75a SGB V besteht weiterhin eine KVB-eigene Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung beziehungsweise der praktischen Tätigkeit im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung. Die KVB-eigene Förderung wird aus den Haushaltsmitteln der KVB bestritten.

Die jeweiligen Details zur gesetzlichen oder KVB-eigenen Förderung der ärztlichen Weiterbildung/psychotherapeutischen Aus-

bildung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Nachwuchs/Weiterbildung*.

Daneben hat auch der Freistaat Bayern ein Förderprogramm für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung im ländlichen Raum aufgelegt. Das Förderprogramm „Ländlicher Raum“ des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege soll die ärztliche Versorgung, vor allem im ländlichen Raum, erhalten und verbessern. Das Programm zum Erhalt einer wohnortnahen medizinischen Versorgung im ländlichen Raum wurde nun in seiner Förderung noch weiter ausgeweitet. Weitere Informationen finden Sie unter www.lgl.bayern.de.

Fortbildungsverpflichtung

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

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

Bayerische Landesärztekammer
Aktion Fortbildungspunkte-Scannen
Postfach 903002
69903 Mannheim

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

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

Mitglieder der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten reichen ihre Fortbildungsnachweise bei der PTK ein:

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK)
Birketweg 30
80639 München

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

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

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

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „F“/Fortbildungspflicht*.

Kammern für Heilberufe in Bayern

Zuständig für Ärzte:

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

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

Zuständig für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK)
Birketweg 30
80639 München

Telefon 0 89 / 51 55 55 17
Fax 0 89 / 51 55 55 25
E-Mail info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Kassenzulassung

Welche Voraussetzungen bestehen für eine Kassenzulassung?

Alle für die Antragsstellung erforderlichen Formulare finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare* unter dem entsprechenden Buchstaben, zum Beispiel das Formular für eine Zulassung unter „Z“.

- **Eintrag ins Arztregister** (vergleiche Arztregistereintrag)
- **Persönliche Voraussetzungen**
Der Psychotherapeut muss zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit geeignet sein. Ungeeignet für die Kassenpraxis ist ein Psychotherapeut mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere ein Psychotherapeut, der innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragsstellung rauschgiftsüchtig oder trunksüchtig war.
- **Vertragsarztsitz**
Die Zulassung erfolgt für den Vertragsarztsitz. Dieser ist mit Adresse (Ort, Straße, Hausnummer) im Zulassungsantrag zu benennen. Die Verlegung einer Betriebsstätte muss vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Hierbei wird geprüft, ob Gründe der Versorgung entgegenstehen. Neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz ist eine Tätigkeit an bis zu zwei weiteren Orten (Nebenbetriebsstätte/Filiale) zulässig. Diese sind genehmigungspflichtig.
- **Bedarfsplanung**
Der Zulassung dürfen keine Zulassungsbeschränkungen entgegenstehen. Das bedeutet, dass für den Planungsbereich, in dem die Niederlassung angestrebt wird, keine arztgruppenbezogene Zulassungsbeschränkung angeordnet sein darf. 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 eine Teilzulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag auszuüben. Diese ist insbesondere im Interesse derjenigen Psychotherapeuten, die wegen familiärer Verpflichtungen, Kindererziehung oder wegen anderweitiger Selbstverwirklichung ihre Zulassung nicht hauptberuflich ausüben möchten. Bei einer Teilzulassung besteht eine Verpflichtung zur Meldung von telefonischen Erreichbarkeitszeiten der Praxis im Umfang von 100 Minuten in der Woche, bei einer Vollzulassung von 200 Minuten, in Einheiten von mindestens 25 Minuten. Das Angebot Psychotherapeutischer Sprechstunden muss für jeden Therapeuten bei Teilzulassung 50 Minuten, bei Vollzulassung 100 Minuten betragen. Für angestellte Psychotherapeuten gilt dies entsprechend, wobei 0,25- beziehungsweise 0,75-Anstellungen wie Teil- beziehungsweise Vollarstellungen zählen.

■ Job-Sharing-Zulassung

In gesperrten Planungsbereichen besteht die Möglichkeit der Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem neu zuzulassenden Kollegen des gleichen Fachgebietes unter gleichzeitiger Leistungsbeschränkung (sogenannte Job-Sharing-Zulassung). Dabei ist die Zulassung des Juniorpartners an die Zulassung des Seniorpartners gebunden (sogenannte „Vinkulierung“). Die Job-Sharing-Praxis ist bei der Leistungserbringung auf eine vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsmenge begrenzt, die regelhaft der Leistungsmenge des Seniorpartners aus den Vorquartalen entspricht, bei „psychotherapeutischen Praxen“ jeweils der Quartals-Fachgruppendurchschnitt zuzüglich 25 Prozent.

Als „fachidentisch“ gelten auch folgende Konstellationen:

- Psychologische Psychotherapeuten mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (unabhängig vom Richtlinienverfahren), wobei sich bei Zusammenschluss eines Psychologischen Psychotherapeuten (als Junior) mit einem bereits zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (als Senior) der zuzulassende Psychologische Psychotherapeut auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beschränken hat.

- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Facharzt für Psychiatrie mit Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Nervenheilkunde mit Arzt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt
- Ärzte aus der Arztgruppe der Nervenärzte, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse gemäß § 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V vorliegen

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

Für eine Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft können prinzipiell sämtliche vertragsarztrechtlich zulässigen Gesellschaftsformen gewählt werden (in der Regel BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft). Einschränkungen des Berufsrechts sind aber jeweils zu beachten. Die Berufsausübungsgemeinschaft ist genehmigungspflichtig und beim Zulassungsausschuss zu beantragen.

Die KVB unterstützt Sie beim Suchen/Finden von Kooperationen. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.kvb.de in Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KVB-Börse*.

■ Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

In einem MVZ können zugelassene oder angestellte Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Leistungserbringer tätig werden. MVZ sind ärztlich geleitete Einrichtungen. In rein psychotherapeutischen MVZ können diese auch durch einen psychotherapeutischen Leiter, in ärztlich und psychotherapeutischen fachübergreifenden Einrichtungen auch kooperativ geleitet werden. Die Zulassung eines MVZ beziehungsweise die Tätigkeit in einem MVZ ist durch den Zulassungsausschuss

genehmigungspflichtig. Gründungsbefugt für ein MVZ sind unter anderem Vertragsärzte oder Krankenhäuser. Auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fallen unter den Vertragsarztbegriff.

■ Anstellung in Praxen

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

In nicht gesperrten Planungsbereichen können Psychologische Psychotherapeuten auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Psychologische Psychotherapeuten anstellen. Anstellung bedeutet den Abschluss eines Arbeitsvertrages mit Vereinbarung der Anzahl der Arbeitsstunden und den sich an den Arbeitsvertrag anknüpfenden sozial- und steuerrechtlichen Folgen. Die Anstellung im nicht gesperrten Planungsbereich kann in Voll- oder Teilzeit erfolgen. Der zeitliche Umfang bestimmt dann den in der Bedarfsplanung zu berücksichtigenden Anrechnungsfaktor. Anders ausgedrückt: Auf einen vollen Vertragsarztsitz können so viele Teilanstellungen erfolgen, bis ein Anrechnungsfaktor von 1,0 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 können Anstellungen 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 Fachidentität zwischen Ansteller und Anzustellenden, mit der Maßgabe, dass ein Beschäftigungsverhältnis sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig ist. Bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist allerdings zusätzlich eine Beschränkung des anzustellenden Psychologischen Psychotherapeuten auf die Ver-

sorgung von Kindern und Jugendlichen erforderlich. Eine Anstellung unter Leistungsbeschränkung wird in der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt. Wie bei einer Job-Sharing-Zulassung entfällt gegebenenfalls die Leistungsbeschränkung für die anstellende Praxis bei Teilentsperrung eines Planungsbereichs durch den Landesausschuss, allerdings nachrangig gegenüber den Job-Sharing-Zulassungen. Eine Zehn-Jahres-Frist, die wie bei Job-Sharing-Zulassungen zu einer Aufhebung der Leistungsbeschränkung führen würde, existiert bei Anstellungen unter Leistungsbeschränkung allerdings nicht.

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

■ Vertretung bei Abwesenheit

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

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

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

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

Es ist also insoweit zwischen genehmigungspflichtigen und genehmigungsfreien psychotherapeutischen Leistungen zu unterscheiden. Eine Vertretung für genehmigungsfreie psychotherapeutische Leistungen (zum Beispiel Testverfahren;

Psychotherapeutische Sprechstunde; Psychotherapeutische Akutbehandlung; aber nicht: Probatorische Sitzungen!) ist generell immer möglich!

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

Kurzzeitvertretungen/Temporärer Therapeutenwechsel:

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

Langzeitvertretungen/Eigene Therapien des Vertreters:

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

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

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

Allgemein gilt bei Abwesenheit zu den Praxisöffnungszeiten:

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

Dauert die Abwesenheit länger als eine Woche (also ab dem achten Tag) ist die Abwesenheit schriftlich **unter Angabe des Vertretungsgrundes und des Vertreters** bei der KVB anzuzeigen. Darüber hinaus soll dies auch bei Verhinderung von

weniger als einer Woche in geeigneter Weise bekannt gegeben werden, zum Beispiel durch Praxisaushang und/oder Besprechung des Anrufbeantworters.

Ausnahme: Wenn bei ausschließlich psychotherapeutischen Leistungen keine Vertretung erfolgen soll/darf, ist lediglich die Abwesenheit ab einer Woche verpflichtend anzuzeigen! In diesem Fall sollte für die Zeit der Praxisabwesenheit eine Information zum Beispiel durch Praxisaushang oder Besprechung des Anrufbeantworters hinterlegt werden, an wen sich die Patienten gegebenenfalls in Krisensituationen wenden können/sollen!

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

- Ein Vertreter benötigt grundsätzlich Arztregistereintragsfähigkeit (ärztliche Approbation und abgeschlossene ärztliche Weiterbildung beziehungsweise psychotherapeutische Approbation in einem Richtlinienverfahren) und die gleiche Berufsbezeichnung/Fachrichtung wie der zu vertretende Arzt/Psychotherapeut.
- Für den Vertreter gelten die Abrechnungsbestimmungen des EBM. Sofern die Abrechnungsbestimmungen die Leistungserbringung bestimmten Arztgruppen/Fachgebieten/Schwerpunkten/Zusatzbezeichnungen/Qualifikationen zuweisen, ist auch der Vertreter bei der Leistungserbringung hieran gebunden.
- Die Kennzeichnung und Abrechnung der Leistungen eines Vertreters, der in der Praxis des Abwesenden tätig wird, erfolgt unter der LANR und BSNR des abwesenden Arztes/Psychotherapeuten. Bei „kollegialer“ Vertretung durch eine andere Praxis rechnet dagegen der kollegiale Vertreter seine Vertretungsleistungen unter seiner eigenen LANR/BSNR ab.
- Vertretungen (auch kurzzeitige) sind jeweils intern zu dokumentieren: „Wer hat wen wie lange aus welchem Grund in der Praxis vertreten“.
- Eine Alternative zur Vertretung kann in bestimmten Fällen die Anstellung eines Sicherstellungsassistenten sein (siehe nachfolgend).
- Vertreter können im Gegensatz zu anzustellenden Sicherstellungsassistenten auch auf Honorarbasis in einer Praxis tätig werden.

Das Formular zur Meldung von Abwesenheitszeiten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „A“/Abwesenheit*.

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 in der Rubrik *Praxis/Zulassung/Merkblätter/Vertretung*.

■ Sicherstellungsassistenz bei eingeschränkter Praxis-tätigkeit

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

Entsprechende Sicherstellungsgründe sind grundsätzlich unter anderem:

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

Ein Sicherstellungsassistent muss über die Eintragungsfähigkeit in das Arztregister verfügen. Er muss zudem grundsätzlich über die gleiche Facharztanerkennung verfügen wie der anstellende Arzt beziehungsweise grundsätzlich über die gleiche Approbation wie der anstellende Psychologische

Psychotherapeut beziehungsweise der anstellende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Eine Identität der Therapieverfahren ist dagegen nicht erforderlich!

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

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

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

Die Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten setzt dann jedoch voraus, dass der Psychologische Psychotherapeut über die formale Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt. Der Sicherstellungsassistent ist in diesem Fall wegen des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung auf Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschränkt.

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

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

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

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

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

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

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

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

Den Antrag auf Genehmigung einer Sicherstellungsassistentenz finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „A“/Anstellung eines Assistenten/Sicherstellungsassistent*.

Allgemeine Informationen zum Thema Sicherstellungsassistent finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Zulassung/Merkblätter*.

■ Übernahme einer Praxis durch einen (Sicherstellungs-) Assistenten

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

■ Ruhen der Zulassung

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

■ Fachgebietsbindung bei der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen

Auch bei der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen gilt die Bindung an das Zulassungs- und Fachgebiet. Nur Leistungen, die von der vertragsärztlichen Zulassung und von der berufsrechtlichen Fachgebietszuordnung gedeckt sind, können erbracht und abgerechnet werden. Außerdem müssen bei genehmigungspflichtigen Leistungen die qualifikationsbezogenen Genehmigungen der KVB vorliegen. Danach unterfallen diejenigen Psychotherapeuten der Fachgebietsbindung, die eine Weiterbildung in einem sonstigen fachärztlichen Gebiet haben und als „überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig“ zugelassen beziehungsweise in diesem Umfang tätig sind oder im Rahmen der Zusatzbezeichnung Psychotherapie psychotherapeutisch tätig sind. Dies ist zum Beispiel bei einem Kinderarzt, der zur

psychotherapeutischen Versorgung zugelassen ist, der Fall, aber auch beim Frauenarzt, der im Rahmen dieser Zulassung Psychotherapie erbringt. So ist der genannte Kinderarzt auf die Psychotherapie bei Kindern beschränkt, der Frauenarzt auf geschlechtsspezifische Psychotherapie bei weiblichen Patientinnen. Nur Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie können umfassend tätig werden. Bei psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt dies entsprechend ihrer Zulassung.

Koordinationsstelle Psychotherapie

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

Welchen Service bietet die Koordinationsstelle für Patienten?

- Bekanntgabe von Praxisadressen von Psychotherapeuten mit freien Therapieplätzen.

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

Die Koordinationsstelle kann nicht

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

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

Sie erreichen unsere Koordinationsstelle Psychotherapie zu folgenden Servicezeiten

Montag bis Donnerstag	von 9.00 bis 17.00 Uhr
Freitag	von 9.00 bis 13.00 Uhr
per Telefon	09 21 / 78 77 65 – 4 04 10
per Fax	09 21 / 78 77 65 – 4 04 11
per E-Mail	Patienten-Infoline@kvb.de

Selbstverständlich wird jeder Anruf vertraulich behandelt!

Praxisabgabe

Die Abgabe einer psychotherapeutischen Praxis in einem gesperrten Planungsbereich im Rahmen des Nachbesetzungs- und Ausschreibungsverfahrens ist an konkrete Verfahrensregelungen und verbindliche Fristen geknüpft. Auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Niederlassung* stehen wichtige Informationen zur richtigen Umsetzung und zur Einhaltung der Schweigepflicht zwischen Praxisabgeber und -übernehmer zur Verfügung (Merkblatt Patientenkartei). Des Weiteren besteht die Möglichkeit zur Nutzung der KVB-Börse im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KVB-Börse*.

Qualitätsmanagement (QM) in der Psychotherapie

Qualitätsmanagement zielt auf eine patientenorientierte Prozessoptimierung und größtmögliche Patientensicherheit.

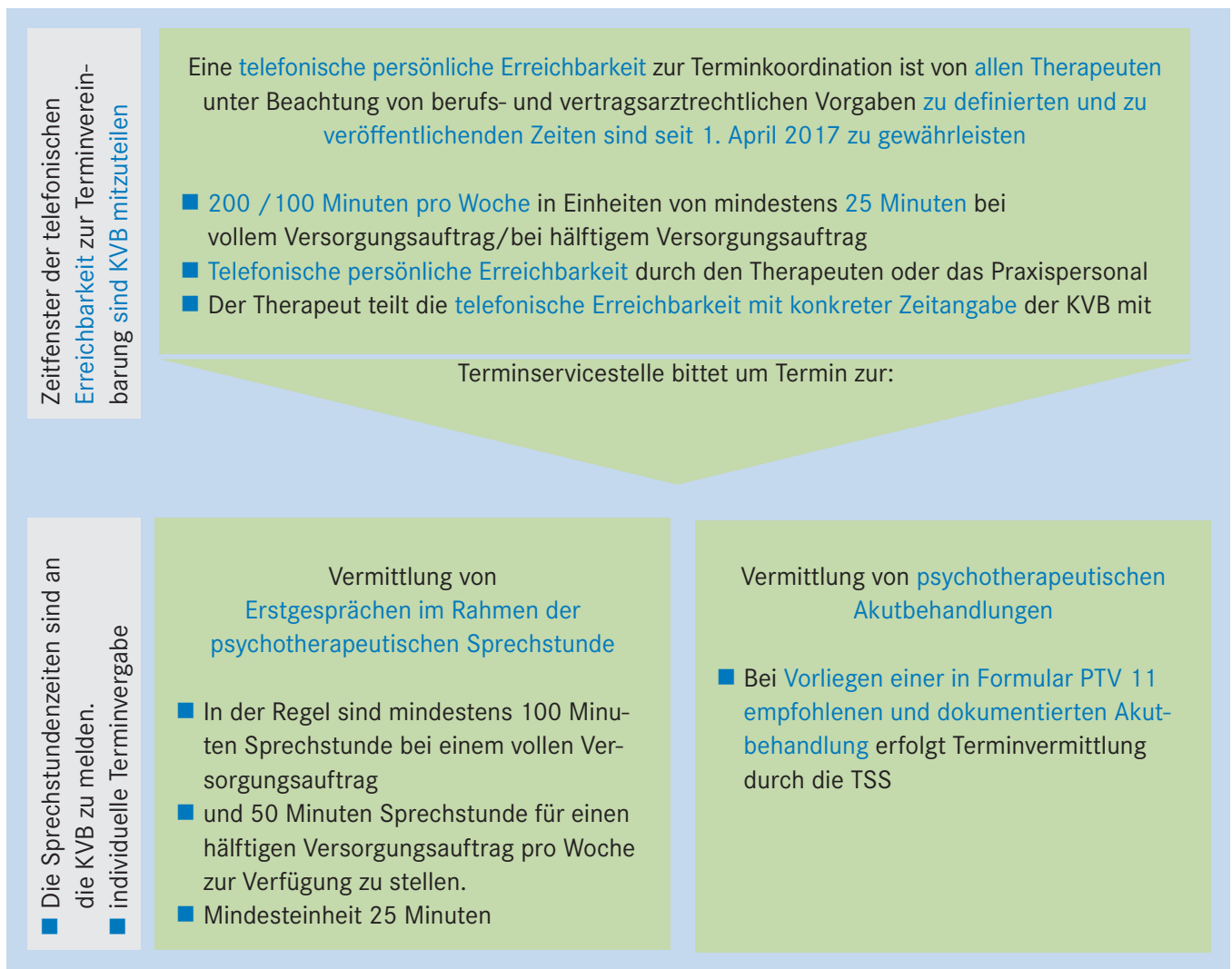
Auch Psychotherapeuten sind verpflichtet, praxisintern ein QM aufzubauen und weiterzuentwickeln. Zwar unterscheiden sich die Abläufe von denen einer Arztpraxis allein schon dadurch, dass Psychotherapeuten häufig ohne Personal arbeiten. Doch auch sie profitieren von QM. Denn eine gute Praxisorganisation spart Zeit, gibt Sicherheit und macht die Arbeit leichter.

Das QM in Praxen steht im Fokus einer neuen 20-seitigen Servicebroschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Ärzte, Psychotherapeuten und Mitarbeiter finden darin Informationen und Tipps zur Umsetzung, Checklisten sowie mehrere Praxisbeispiele. Die Broschüre „Qualitätsmanagement in der Praxis“ ist in der Reihe „PraxisWissen“ erschienen und kann bei der KBV kostenfrei per E-Mail bestellt werden. Sie steht auch als PDF zum kostenlosen Download bereit. Die Broschüre stellt kurz und anschaulich verschiedene Instrumente des QM vor – von der Teambesprechung bis zum Risiko- und Fehlermanagement. Farblich abgehobene Checklisten verweisen auf Umsetzungsvorschläge und Musterdokumente, die das QM-Verfahren der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen „QEP“ bietet.

Terminservicestelle (TSS)

Der Gesetzgeber hat den Auftrag erteilt, auch Termine für die Psychotherapeutische Sprechstunde und für psychotherapeutische Akutbehandlungen **innerhalb von vier Wochen** durch Terminservicestellen zu vermitteln.

Das nachfolgende Schaubild gibt einen Überblick zur Terminvermittlung.



Nach wie vor erfolgt die Vermittlung von freien Therapieplätzen (Therapeutenkontakte) für probatorische Sitzungen und die Richtlinien-therapie über die Koordinationsstelle der KVB.

Verordnungen durch Psychotherapeuten

Psychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlung und Krankenförderung sowie Rehabilitation und Soziotherapie verordnen.

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

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

Muster 2 für die Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 4 für die Verordnung von Krankenförderung

Muster 26 für die Verordnung von Soziotherapie

Muster 61 zur Verordnung medizinischer Rehabilitation

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

- Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten
- Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (GOP 01611).
- Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie (GOP 30810 für die Verordnung der fünf Probestunden beziehungsweise die Erstverordnung, GOP 30811 für die Folgeverordnung) in der vertragsärztlichen Versorgung

Hinweis:

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

Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung

Psychotherapie-Richtlinie

In der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die aufgrund der Strukturreform Psychotherapie zum 1. April beziehungsweise 1. Juli 2017 umfassend überarbeitet wurde, 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 und der Verhaltenstherapie.

Der Zugang für Patienten zu einer psychotherapeutischen Richtlinien-Behandlung erfolgt künftig grundsätzlich über die im Rahmen der Strukturreform eingeführte Sprechstunde.

Diese dient dazu, zeitnah abzuklären, ob eine Richtlinien-Psychotherapie indiziert ist oder gegebenenfalls auch andere Angebote (wie zum Beispiel Erziehungsberatung) ausreichend sind oder ob eine psychiatrische Behandlung beziehungsweise eine Rehabilitation erforderlich ist. Nähere Informationen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde finden Sie auf Seite 34 unseres Wegweisers.

Um Patienten mit psychischen Krisen zu stabilisieren, wurde auch die Akutbehandlung neu eingeführt. Diese ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde und kann kurzfristig mit bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten ohne Genehmigung durch die Krankenkasse stattfinden. Die detaillierten Informationen dazu sind auf Seite 50 nachzulesen.

Die ebenfalls neu eingeführte Rezidivprophylaxe stellt eine weitere neue Behandlungsoption dar.

Um Rückfälle zu vermeiden, können nach Beendigung einer Langzeittherapie noch nicht wahrgenommene Stundenkontingente aus dieser für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden. Die Rezidivprophylaxe kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeit-

therapie stattfinden. Auch hierzu finden Sie weiterführende Informationen auf Seite 35 unseres Wegweisers.

Nicht der Richtlinientherapie zugerechnet werden:

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

In **Anlage 1** der Richtlinie sind 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 und **Anlage 1** – „Feststellungen in der vertragsärztlichen Versorgung“ finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „R“/Richtlinien des G-BA*.

Psychotherapie-Vereinbarung

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

Als Psychotherapie gelten

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

Gegenstand dieser Vereinbarung sind auch die in der Psychotherapie-Richtlinie genannten psychotherapeutischen Maßnahmen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. Die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (**Anlage 1 BMV-Ä**) finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „P“/Psychotherapie-Vereinbarung (BMV-Ä)*.

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 in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/Buchstabe „K“/Kohlhammer*.

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

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

PTV 1

Antrag des Versicherten an die Krankenkasse auf Feststellung der Leistungspflicht

Dreifache Erstellung von Formblatt PTV 1

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

Muster 7

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

Bei Vertragspsychotherapeuten zusätzlich erforderlich

Muster 22

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

Konsiliarbericht im Vierfachsatz

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

PTV 2

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

Formblatt PTV 2 im Dreifachsatz

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

PTV 3

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

PTV 4

Auftrag der Krankenkasse zur Begutachtung

Folgende Unterlagen sind beizufügen:

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

PTV 5

Stellungnahme des Gutachters

Formblatt PTV 5 im Dreifachsatz

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

Die Stellungnahme bekommt der Psychotherapeut direkt vom Gutachter oder Kostenträger

PTV 8

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

PTV 10

Allgemeine Patienteninformation „Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung“

Das Formblatt PTV 10 wird dem Patienten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde vom Therapeuten ausgehändigt

PTV 11

Individuelle Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde

Zweifache Erstellung des Formblatt PTV 11

- Original ist für den Versicherten bestimmt
- Die Durchschrift verbleibt beim Therapeuten

PTV 12

Anzeige der Akutbehandlung oder der Beendigung einer Psychotherapie

Formblatt PTV 12 im Dreifachsatz

- Original ist für die Krankenkasse bestimmt
- erste Durchschrift bei Anzeige einer Akutbehandlung für den Versicherten
- zweite Durchschrift für den Therapeuten

Hinweis:

Folgende Formblätter sind vom Therapeuten vorzuhalten: PTV 1, PTV 2, PTV 3, PTV 8, PTV 10, PTV 11 und PTV 12, gegebenenfalls Muster 7.

Die Formblätter PTV 4 und PTV 5 werden von der Krankenkasse bereitgestellt.

Blankoformularbedruckung

Entsprechend der Vordruckvereinbarung „Blankoformularbedruckung“ (Anlage 2a BMV-Ä) können in der Praxis des Therapeuten die Formulare PTV 1, PTV 2, PTV 11 und PTV 12 ausgedruckt werden.

Inhalt und Gestaltung der Formblätter sind verbindlich.

Ausführliche Informationen zum datenverarbeitungstechnischen Abrechnungs- und Blankoformularbedruckungsverfahren finden Sie in § 42 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) im 11. Abschnitt „Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen“.

Haben Sie Fragen zur Blankoformularbedruckung?

Unsere Experten beantworten diese gerne.

Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 11

Abrechnung ohne/vor der Genehmigung

Als Arzt, Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut führen Sie des Öfteren während der Zeit, in der das Gutachterverfahren läuft, die psychotherapeutischen Behandlungen im Interesse des Patienten regelmäßig, das heißt über die probatorischen Sitzungen hinaus, fort.

Behandlungsfälle mit genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen sind erst abrechenbar, wenn die Daten aus dem Anerkennungsbescheid vollständig in den Abrechnungsdatensatz übernommen werden können.

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

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

Wenn die Anerkennung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse nicht mehr im laufenden Quartal erfolgt, sind die betroffenen Behandlungsfälle als Nachtrag im Folgequartal zur Abrechnung einzureichen.

In diesem Zusammenhang dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass für einen Patienten pro Quartal nur **ein** Behandlungsausweis/Datensatz ausgestellt beziehungsweise angelegt werden kann, damit kein Scheinsplitting entsteht.

Voraussetzung für eine Privatliquidation:

Sowohl das Patientenrechtegesetz wie auch die Berufsordnung verlangt, dass mit dem Patienten eine schriftliche Vereinbarung getroffen wird, wenn Sie bereits vor dem Vorliegen der Genehmigung der Psychotherapie durch die Krankenkasse die Behandlung auf Wunsch des Patienten aufnehmen.

Folgendes ist darin zu regeln:

- der Wunsch und die Einverständniserklärung des Patienten
- der Hinweis, dass im Falle des Abwartens der Genehmigung die Leistungen als Sachleistung bezogen werden können
- die voraussichtliche Höhe der Kosten und der Hinweis, dass Krankenkassen diese Kosten nicht erstatten dürfen
- die Erklärung ist vom Patienten mittels Unterschrift zu bestätigen

Hierzu finden Sie Empfehlungen und eine Mustererklärung zur privatärztlichen Behandlung von GKV-Versicherten im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/ Spezielle Abrechnungs-Broschüren*.

Akutbehandlung

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

Umfang der Akutbehandlung:

- Als Einzeltherapie kann die Akutbehandlung bis zu 24-mal à 25 Minuten oder 12-mal á 50 Minuten im Krankheitsfall (= vier Quartale) durchgeführt werden (insgesamt maximal 600 Minuten).
- Die Akutbehandlung ist gegenüber Krankenkassen anzeigepflichtig jedoch nicht genehmigungspflichtig.
- Für die Anzeige verwenden Sie das neue Formular PTV 12. Es ist das Datum des Beginns der Akutbehandlung und die ICD-10-Diagnosen einzutragen.

Weiterbehandlung nach der Akutbehandlung:

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

Hinweis: Eine Anrechnung der Stunden der Akutbehandlung auf das Kontingent der Kurz- beziehungsweise Langzeittherapie erfolgt nur innerhalb des Krankheitsfalles (ein Jahr).

Altersgrenze für Patienten (Richtlinien-Psychotherapie)

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

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

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

Kinder und Jugendliche können bis zum Abschluss des somatischen Wachstums behandelt werden, das grundsätzlich mit Vollendung des 18. Lebensjahres angenommen wird (das heißt am Tag vor dem 18. Geburtstag).

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

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

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

Bei vorliegender Genehmigung für die Personengruppe:

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

(Erneute) Antragstellung

Liegen nach Abschluss einer Therapie und einer erforderlichen erneuten Kurzzeittherapie **noch keine zwei Jahre** zwischen dem anzeigepflichtigen Abschluss (PTV 12) der Therapie und dem Zeitpunkt der erneuten gutachterpflichtigen Antragstellung, müssen gegebenenfalls erneut Psychotherapeutische Sprechstunden und bei **Erwachsenen zwei bis vier** beziehungsweise bei **Kindern und Jugendlichen zwei bis sechs** probatorische Sitzungen abgehalten werden.

Seit 1. April 2018 ist vor probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinientherapie die Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden für den Patienten verpflichtend. Das heißt, **dass im Quartal der ersten Behandlung** und/**oder den drei vorherigen Quartalen** insgesamt **mindestens 50 Minuten** von Ihnen selbst oder einem anderen Therapeuten erbracht wurden und dies vom Patienten mit dem Formblatt PTV 11 nachgewiesen wird.

Für die Kassenabrechnung ist nicht die Zweijahresregelung maßgeblich, vielmehr gilt der Krankheitsfall (ein Jahr wegen derselben Erkrankung). Dies gilt auch dann, wenn der Patient einen neuen Psychotherapeuten innerhalb dieser Zeit aufsucht.

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

Hinweis: Vielfach wird aufgrund der „Zwei-Jahres-Regelung“ (Psychotherapie-Vereinbarung § 11 Absatz 4 Satz 6) die Auffassung vertreten, dass eine Neubeantragung einer Psychotherapie erst nach Ablauf von zwei Jahren nach Beendigung einer Psychotherapie möglich ist. Dies ist so nicht richtig. Eine (Neu-)beantragung einer Psychotherapie ist auch dann möglich, wenn eine Indikation gemäß Abschnitt D 1 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegt und das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 70 SGB V (ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend) beachtet wurde.

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

Behandlungsfrequenz

Die maximale Behandlungsfrequenz ist in der Psychotherapie-Richtlinie (§ 22 Abs. 1) festgelegt und umfasst in der Woche in den psychoanalytisch begründeten Verfahren wie auch in der Verhaltenstherapie maximal drei Behandlungsstunden. Dies ist bei der Antragstellung anzugeben. Die Entscheidung trifft die Krankenkasse.

Es kann sich allerdings bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung als notwendig erweisen, gegebenenfalls einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen. Ziel ist es, eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten. Der entsprechende Abschnitt darf aber nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen.

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

Berichtspflicht

Es besteht keine **Berichtspflicht** (Briefe, Mehranfertigungen) an den Hausarzt (**GOP 01601, 01602**) durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wie auch durch ärztliche Psychotherapeuten für die Leistungen des „**Kapitel 35.1 – Nicht antragspflichtige Leistungen**“.

Die Berichtspflicht (Brief oder Bericht) an den Hausarzt ist erfüllt, wenn **zu Beginn und nach Beendigung** einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall (aktuelles Quartal und die drei nachfolgenden Quartale) bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern ein Brief oder Bericht erstellt und versendet wird für Leistungen nach „**Kapitel 35.2 – Antragspflichtige Leistungen**“. Ausführliche Informationen finden Sie in der B€GO und im EBM in den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4.

Bezugsperson

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

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

Soll die Einbeziehung der Bezugsperson beziehungsweise Bezugspersonen in **Gruppenbehandlung** durchgeführt werden, darf **ein Verhältnis von 1:2** zur Stundenzahl der Behandlung des Patienten nicht überschritten werden. Die genehmigten Doppelstunden für die Gruppenbehandlung werden der Stundenzahl für die Behandlung des Patienten hinzugerechnet.

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

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

Biofeedback-Behandlung keine GKV-Leistung

Die Biofeedback-Behandlung ist seit dem Quartal 4/2015 in den Anhang 4 des EBM (Verzeichnis der nicht oder nicht mehr

berechnungsfähigen Leistungen) aufgenommen. Damit wird klargestellt, dass es sich bei der Biofeedback-Behandlung um keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Diagnosekodierung

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

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

Aktuell stellt das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation – DIMDI – die ICD-10-GM-Version zur Kodierung von Diagnosen jährlich zur Verfügung. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung hat auf dieser Grundlage Thesauren mit den häufigsten Diagnosen der Fachgruppen erstellt. Die Thesauren können als Kitteltaschenversion und als Schreibtischauflage von der Internetseite des Zentralinstituts unter www.zi.de heruntergeladen beziehungsweise ausgedruckt werden. Für die psychotherapeutische Versorgung stehen die Thesauren „Psychologische Psychotherapie“ sowie „ärztliche Psychotherapie/ Psychosomatik“ 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 hausartsspezifischen nun auch eine fachartsspezifische Suche nach Codes. 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, besteht weiterhin die Möglichkeit, in der gesamten ICD-10-GM-Systematik zu suchen. Beide Funktionen stehen ebenfalls zur Einbindung in das Praxisverwaltungssystem (PVS) zur Verfügung.

Doppelstunden

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

Bei der Psychotherapie von Erwachsenen werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.

2. Bei **Kindern und Jugendlichen** besteht die Möglichkeit für die Behandlung der Störung auch **Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld** (beispielsweise Großeltern, Betreuungspersonen in Kindertagesstätten, Lehrer) mit einzubeziehen.

Durch diese Möglichkeit wird die Anzahl der von den Krankenkassen genehmigten Sitzungen nicht vermehrt, es können aber zwei Sitzungen pro Tag abgerechnet werden. Das Setting der Sitzungen kann damit flexibler gestaltet werden.

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

Expositionsbehandlung

Mehrfachansatz der Verhaltenstherapie bei Expositionsbehandlung

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

EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)

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

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

Hinweis:

Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die bereits über eine Genehmigung für Verhaltenstherapie beziehungsweise tiefenpsychologische Psychotherapie beziehungsweise analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung bei Erwachsenen verfügen, können übergangsweise einen „Kurzantrag“ stellen. Das Antragsformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „P“/Genehmigungsantrag „Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)“*.

- EMDR kann als Methode im Rahmen eines Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der analytischen Psychotherapie bei Erwachsenen angewendet werden.
- Da EMDR nur bei der Therapie von Erwachsenen als neue Methode anerkannt wurde, kann sie zulasten der GKV beziehungsweise im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie und –Vereinbarung nur von ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden, **nicht aber von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**, auch nicht, wenn diese Patienten behandeln, die das 18. Lebensjahr schon vollendet haben, aber von ihrem Entwicklungsstand noch als Jugendliche anzusehen sind.
- In der Psychotherapie-Vereinbarung unter § 11 Absatz 14, Satz 2 wird unter anderem genannt „...bei Anwendung besonderer Methoden“, dazu zählt auch EMDR. Therapiestun-

den im Zusammenhang mit EMDR können gegebenenfalls auch als Doppelsitzung erbracht werden. Dies sollte jedoch nicht die Regel sein. Für die Abrechnungsbearbeitung ist in diesem Fall ein Hinweis im freien Begründungstext (FK 5009) mit Begründung „EMDR“ beim zweimaligen Ansatz, zum Beispiel der GOP 35401, hilfreich.

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

Genehmigungsantrag

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

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

Ausführliche Informationen zu diesem Thema finden Sie auf Seite 23 der Psychotherapie-Richtlinie im **Abschnitt E „Leistungsumfang“**.

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

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

Die vorgesehene Anzahl von Therapieeinheiten (25%) für die Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen soll möglichst nicht überschritten werden. Die in diesem Verhältnis **bewilligte Anzahl der Therapieeinheiten** ist der **Anzahl der Therapieeinheiten** für die Behandlung der Versicherten **hinzuzurechnen**. Wird eine höhere Anzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen als geboten angesehen, ist dies im Bericht an den Gutachter zu begründen.

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

Übersicht der Bewilligungsschritte bei Erwachsenen

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

Übersicht der Bewilligungsschritte für Kinder und Jugendliche

		Bewilligungsschritte* für Einzeltherapie/ Gruppentherapie bei Kindern (K) und Jugendlichen (J)				
		Schritt 1	Schritt 2	Erläuterungen		
<p>Sprechstunde mindestens 25 Minuten maximal 250 Minuten (10 x 25 Minuten) bei Kindern und Jugendlichen im Krank- heitsfall</p>	<p>Akutbehandlung nach mind. 50 Minuten Sprechstunde</p>	bis zu 12 Stun- den anzeige- pflichtig		Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden Kurzzeittherapie zu verrechnen.		
	<p>Probatorik</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nach mindestens 50 Minuten Sprechstunde oder einer Akutbehandlung ■ Verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie ■ 2 bis 6 Stunden für Kinder und Jugendliche 	<p>Kurzzeittherapie</p>	bis zu 12 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; nicht mehr gutachterpflichtig	Kurzzeittherapie gilt nach dreiwöchiger Frist auch ohne Bescheid als bewilligt; Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachterpflichtig.	
		<p>Langzeittherapie</p>	<p>Verhaltens- therapie (VT)</p>	bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	<p>Ein begrenzter Anteil noch nicht in Anspruch genommener Sitzungen aus dem Langzeitkontingent kann zwei Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Angabe im Antrag erforderlich).</p>
			<p>Tiefenpsycholo- gisch fundierte Psychotherapie (TP)</p>	K: bis zu 70/60 J: bis zu 90/60 antrags- und gutachterpflichtig	K: bis zu 150/90 J: bis zu 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
			<p>Analytische Psycho- therapie (AP)</p>	K: bis zu 70/60 J: bis zu 90/60 antrags- und gutachterpflichtig	K: bis zu 150/90 J: bis zu 180/90 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
<p>Verweis auf andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (zum Beispiel schulpsychologische Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie)</p>						

*Erläuterungen siehe Seite 29

Hausbesuche

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

Grundsätzlich „Nein“!

Gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung finden die Psychotherapien **grundsätzlich** in den **Praxisräumen des Therapeuten** statt.

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

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

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

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

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

Kassenanfragen

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

Nach § 73 Absatz 2 SGB V und nach § 36 Bundesmantelver-

trag-Ärzte (BMV-Ä) ist der Psychotherapeut verpflichtet, gegenüber den Krankenkassen oder dem Medizinischen Dienst Auskünfte, Bescheinigungen etc. zu erteilen, die diese zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Ob diese Auskünfte kostenfrei zu erteilen sind oder ob hierfür eine Gebühr berechnet werden kann richtet sich nach § 36 Absatz 2 BMV-Ä:

- Für schriftliche Informationen wurden Vordrucke mit den Krankenkassen abgestimmt, erstellt und diese Gebührenordnungspositionen zugeordnet (siehe zum Beispiel GOP 01610 bis 01623), die gegebenenfalls auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein zur Mit-/Weiterbehandlung (Muster 6) abgerechnet werden können.
- Wurden Vordrucke mit den Krankenkassen vereinbart, aber keine Gebührenordnungspositionen zugeordnet, so kann keine Gebühr abgerechnet werden.
- Für kurze Bescheinigungen oder Auskünfte **ohne** gutachterlichen Charakter kann **keine Gebühr**, aber Auslagenersatz (Porto) abgerechnet werden.

Kassenwechsel

Was ist zu beachten, wenn Patienten die Krankenkasse wechseln?

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

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

Kennzeichnungspflicht

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

Das bedeutet, dass

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

Ausführliche Informationen zur Arztnummernsystematik finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/ Merkblätter Abrechnung*.

Konsiliarbericht

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

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

der GOP 01612 sind alle Vertragsärzte **mit Ausnahme der folgenden Arztgruppen** berechtigt: Laborärzte, Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen, Nuklearmediziner, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner und Humangenetiker.

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

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

Hinweis:

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

- Der Konsiliararzt übersendet dem Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Muster 22a und 22b des Konsiliarberichts, Muster 22d wird vom Konsiliararzt **direkt an die Krankenkasse** des Patienten übersandt (Berechnung von Portokosten ist möglich). Muster 22c verbleibt beim Konsiliararzt. Weitere Informationen finden Sie in der Psychotherapie-Richtlinie unter Abschnitt F Absatz 1 Konsiliarverfahren.
- Ist eine Psychotherapie nach Auffassung des Konsiliararztes kontraindiziert und wird dennoch ein entsprechender Antrag auf Psychotherapie gestellt, so veranlasst die Krankenkasse eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.
- Andere Gutachten, Krankenhausentlassungsberichte etc. können den Konsiliarbericht nicht ersetzen.
- Psychologische Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können die GOP 01612 nicht abrechnen.

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

Obergutachter

Von den zuständigen Krankenkassen sind nur dann Obergutachten einzuholen, wenn der Erstgutachter die beantragte Psychotherapie vollständig abgelehnt (siehe Psychotherapie-Vereinbarung § 13 Absatz 4) und **der Versicherte** gegen diese vollständige Ablehnung **Widerspruch eingelegt** hat.

Dem Obergutachter sind alle bisherigen Unterlagen, insbesondere auch das ausgefüllte Formblatt PTV 2 des Verfahrens sowie gegebenenfalls der Konsiliarbericht zur Verfügung zu stellen. **Eine Stellungnahme beziehungsweise ein Bericht des behandelnden Psychotherapeuten ist nicht erforderlich.** Werden dennoch solche Unterlagen vom behandelnden Psychotherapeuten für den Obergutachter zusammengestellt, können hierfür keinerlei Gebühren berechnet werden (siehe Kommentar zur GOP 35131).

Onlinebasierte Interventionen

Online-Psychotherapien als Fernbehandlung über elektronische Medien sind derzeit weder als Videosprechstunde noch über sonstige Kommunikationsnetze vorgesehen.

Für die Videosprechstunde ist die Fachgruppe der Psychotherapeuten im Bundesmantelvertrag nicht aufgeführt. Bei anderen Kommunikationsnetzen (zum Beispiel Skype) fehlt es an der geforderten Datensicherheit.

Die Berufs- und Fachverbände beobachten und analysieren genau die aktuellen Entwicklungen des Online-Therapie-Marktes, sehen jedoch derzeit keinen adäquaten Ersatz für eine Psychotherapie.

Patientenquittung

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

Der Begriff „Patientenquittung“ ist insofern irreführend, als weder eine Rechnung ausgestellt, noch eine Zahlung des Patienten quit-

tiert wird. Vielmehr handelt es sich um eine Information für den Patienten über die in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Der Psychotherapeut kann entscheiden, ob er dem Patienten eine gewünschte Patientenquittung unmittelbar im Anschluss an die Behandlung (stichtagsbezogen) aushändigt oder ob er ihn zum Ende des Behandlungsquartals (quartalsbezogen) informiert. In letzterem Fall ist der Beleg innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende zuzusenden. Das Gesetz sieht für die Erstellung einer Patientenquittung nur im Falle der quartalsbezogenen Information eine Aufwandspauschale von einem Euro zuzüglich Versandkosten vor. Nach Sinn und Zweck der Regelung darf der Psychotherapeut die Aufwandspauschale (ohne Versandkosten) auch für die Erstellung eines stichtagsbezogenen Belegs erheben. Der Modellversuch zeigt, dass die Belegerstellung in beiden Verfahren vergleichbar aufwändig ist.

Patientenunterlagen – Einsichtnahme durch Herausgabe an Patienten oder Kollegen

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

Die Einverständniserklärung finden Sie als Vordruck im Internet unter **www.kvb.de** in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „D“/Datenschutz*.

Weitere Informationen zu der neu in Kraft getretenen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) finden Sie ebenfalls unter **www.kvb.de** in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „D“/Datenschutz*.

Plausibilitätsprüfung von psychotherapeutischen Leistungen

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

■ Zeitvolumen

Über die erbrachten Leistungen an GKV-Versicherten wird eine Zeitauswertung vorgenommen. Zu diesem Zweck wird anhand der im Anhang 3 zum EBM hinterlegten Prüfzeiten eine Zeitauswertung über die erbrachten Leistungen erstellt. Maßgeblich für die Beurteilung ist die für die zu prüfenden Quartale jeweils gültige Fassung.

■ Quartalsarbeitszeiten

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

■ Tagesarbeitszeit

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

■ Zeiterfassung

- a) Für die Beurteilung der persönlichen Arbeitszeit eines Arztes sind sämtliche der Praxis zuzuordnenden Zeiten maßgeblich. Dies gilt sowohl für die Erfassung der Quartals- als auch der Tagesarbeitszeit.
- b) In Kooperationen erfolgt die arztbezogene Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand auf der Grundlage der Kennzeichnungspflicht nach § 44 Absatz 7 BMV-Ä.

■ Berücksichtigte Besonderheiten

- Arbeitszeiten an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen durch Anrechnung der ausgewiesenen tatsächlichen Zeitwerte für die an diesen Tagen erbrachten Leistungen.
- Leistungen im organisierten Notfalldienst, die auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechnet werden, Leis-

tungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis sowie – bei Belegärzten – Visiten. Anhang 3 zum EBM kennzeichnet darüber hinaus die behandlungsfall- und krankheitsfallbezogenen ärztlichen Leistungen, die nicht dem Tageszeitprofil unterliegen.

- Weiterbildungsassistenten und Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung werden mit dem tatsächlich entstandenen Zeitaufwand berücksichtigt.

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 entgehen.

Psychoonkologie

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

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

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

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

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

- Nachweis einer Fachfortbildung innerhalb der letzten fünf Jahre (Nachreichen innerhalb eines Jahres nach Beginn der Teilnahme am DMP Brustkrebs ist möglich)
- aktive (in der Klinik aufsuchende) Beziehungsaufnahme durch den Psychotherapeuten
- kurzfristige Erreichbarkeit und Flexibilität in der Termingestaltung

- Verknüpfung von stationärer und ambulanter Betreuung
- Bereitschaft zur Kooperation mit den onkologischen „Behandlern und koordinierenden Ärzten“
- eingehende Kenntnisse über
 - die somatische Erkrankung
 - medizinische Behandlung und Nebenwirkungen
 - die sozialrechtlichen Bedingungen

Wie kann ich als Psychotherapeut am DMP Brustkrebs teilnehmen?

Screening der psychischen Belastung

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

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

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

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

Der [HADS-Test](#) ist erhältlich bei der Testzentrale Göttingen
Robert-Bosch-Breite 25
37079 Göttingen
Telefon: 05 51 / 5 06 88 – 14/-15/-16
www.testzentrale.de

Der „koordinierende Arzt“, der die Behandlung der Patientin während der ganzen Behandlung über Jahre hinweg steuert, beurteilt mit Hilfe eines Screening-Tests (HADS) die Patientin

hinsichtlich ihres psychischen Befindens. Stellt er dabei fest, dass die Patientin möglicherweise eine psychotherapeutische Behandlung benötigt, überweist der koordinierende Arzt die Patientin an den ärztlichen beziehungsweise psychologischen Psychotherapeuten zur weiteren Diagnostik und Veranlassung.

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

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

Die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des DMP Brustkrebs gilt für alle eingeschriebenen Patientinnen (AOK-, BKK-, BKS-, IKK- und vdek - ohne SVLFG).

Hinweis:

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

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

Weitergehende Informationen finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/DMP*.

Die Broschüre zum „DMP Brustkrebs“ finden Sie in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Informationsmaterial*, hier unter **„Vergütung“**.

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

HADS-D

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Code-Nummer: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

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

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

HUBER  Bestellnummer 03 069 03

Psychotherapeutische Sprechstunde

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

Angebot für Psychotherapeuten seit 1. April 2017 verpflichtend

- Jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine **Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss psychotherapeutische Sprechstunden anbieten**. Die Vorgabe gilt auch für Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte.
- **Pro Woche** sind in der Regel **mindestens 100 Minuten** für Sprechstunden bei **vollen Versorgungsauftrag und bei häftigem Versorgungsauftrag 50 Minuten** zur Verfügung zu stellen,.
- Die Sprechstunden können **als offene oder als Sprechstunden mit Terminvergabe** durchgeführt werden. Die Entscheidung über den organisatorischen Ablauf trifft der Therapeut selbst.
- Die Therapeuten melden ihrer zuständigen KV, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde mit oder ohne Terminvereinbarung angeboten wird.

Inanspruchnahme durch Patient

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

- bei **Erwachsenen** mindestens 25 Minuten, höchstens **sechsmal je Krankheitsfall** (insgesamt bis zu 150 Minuten)
- bei **Kindern und Jugendlichen** mindesten 25 Minuten, **höchstens zehnmal im Krankheitsfall** (insgesamt bis zu 250 Minuten). Bei Kindern und Jugendlichen kann die **Sprechstunde bis zu 100 Minuten auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten** stattfinden

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

Weiterführende Behandlung

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

Psychotherapeutische Sprechstunde seit April 2018 für Patienten Pflicht

- Für den Patienten ist das Erstgespräch seit **1. April 2018** Pflicht.
- Erst nach Aufsuchen einer psychotherapeutischen Sprechstunde kann mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung begonnen werden.
- Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung (gemäß Psychotherapie-Richtlinie §§ 12, 13 und 15) ist eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer.

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

Hinweis:

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

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

Quartalsabrechnung

KVB-Statistiken

Ausführliche Informationen zu den wichtigsten Abrechnungsunterlagen Ihrer Quartalsabrechnung finden Sie in unseren Präsentationen „KV Statistiken richtig lesen – richtig reagieren“. Hier sind die einzelnen KVB-Statistiken beispielhaft mit hilfreichen Erläuterungen dargestellt.

Sie finden die Präsentationen im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Merkblätter Abrechnung* unter dem jeweiligen Versorgungsbereich Hausarzt-, Facharzt- oder Psychotherapeutenpraxen.

Online-Abrechnung

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

Mitgliederportal

Das Mitgliederportal „Meine KVB“ ist eine mitgliederzentrierte Informations- und Kommunikationsplattform zum Austausch sensibler Daten zwischen dem KVB-Mitglied und der KVB. „Meine KVB“ dient als zentraler Einstieg für Online-Angebote der KVB.

Rezidivprophylaxe

- Nach der Anzeige einer beendeten Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe erfolgen, wenn noch genügend Therapiekontingente zur Verfügung stehen. Ziel ist es, bei einem drohenden Rückfall, einen schnellen Zugang zum Therapeuten zu ermöglichen.
- Die Rezidivprophylaxe kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden. Die Zwei-Jahres-Frist beginnt mit der angezeigten Beendigung der Langzeittherapie und gilt unabhängig von den in diesem Zeitraum in Anspruch genommenen Leistungen der Rezidivprophylaxe.
- Vom Therapeuten ist bereits im Antrag für eine Langzeittherapie (PTV 2) anzugeben, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder dass dies zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht absehbar ist. Wichtig ist nur, dass eine Rezidivprophylaxe nicht im Vorfeld ausgeschlossen wird.
- Mit dem Formular PTV 12 zeigt der Therapeut der Kasse gegenüber an, dass die Langzeittherapie beendet ist. Ferner sind die genutzten Therapieeinheiten anzugeben und ob verbleibende Stunden für eine Rezidivprophylaxe verwendet werden sollen.

Die Obergrenze richtet sich nach der Zahl der in Anspruch genommenen Sitzungen:

- Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal acht Stunden
- Bei 60 und mehr Stunden maximal 16 Stunden

- Für die Leistungserbringung wurden neue Kennzeichnungen eingeführt:

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

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

„X“: Kennzeichnung (VT) bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten
(zum Beispiel 35405X)

„Y“: Kennzeichnung (VT) bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten mit Einbeziehung von Bezugspersonen (zum Beispiel 35405Y)

Hinweis:

Neben einer Rezidivprophylaxe ist die parallele psychotherapeutische Behandlung nicht zulässig.

Strukturzuschlag Psychotherapie

Gibt es die Strukturzuschläge erst ab einer bestimmten Auslastung?

Den Zuschlag (GOP 35571 bis 35573) erhalten Psychotherapeuten, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen abgerechnet haben. Damit soll voll ausgelasteten Praxen ermöglicht werden, eine Halbtagskraft zur Praxisorganisation zu beschäftigen. Als „voll ausgelastet“ gelten nach dem Bundessozialgericht (BSG) solche Therapeuten, die **36 Therapiestunden pro Woche** leisten. Die Therapiestunden beziehen sich dabei nach den Urteilen des BSG nur auf die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM sowie der Sprechstunde und der Akutbehandlung.

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, 35401 bis 35559 EBM.

Wie wird die notwendige Mindestpunktzahl festgelegt?

Aktuell liegt die Grenze bei 162.734 Punkte je Vertragspsychotherapeut beziehungsweise Vertragsarzt im Quartal. Bei einem Vertragspsychotherapeuten/-arzt mit einem anteiligen Versorgungsauftrag reduziert sich die Mindestpunktzahl entsprechend seinem Versorgungsauftrag. **Die Mindestpunktzahl von 162.734 Punkten entspricht einer 50 prozentigen Auslastung einer Praxis** – bezogen auf die Vollaustattungshypothese des Bundessozialgerichts: **36 Stunden je Woche x 43 Wochen je Jahr**. Sie berücksichtigt, dass auch Gruppensitzungen für die Prüfung der Abrechnungsbestimmung herangezogen werden.

Wieso werden die Strukturzuschläge quotiert?

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

Gemäß EBM werden die Zuschläge nur dann vergütet, wenn der Vertragspsychotherapeut beziehungsweise -arzt im Quartal eine bestimmte Auslastung erreicht, das heißt von diesem eine Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leis-

tungen abgerechnet wurde. Für die Sitzungen, die vor Erreichen der Mindestpunktzahl stattgefunden haben, wird kein Zuschlag vergütet.

Die Quote zur Bewertung der Strukturzuschläge errechnet sich individuell für jeden Vertragspsychotherapeuten/-arzt aus der Differenz seiner abgerechneten Gesamtpunktzahl für die oben genannten Grundleistungen zu der für ihn ermittelten Mindestpunktzahl im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der GOP 35151, 35152, 35401 bis 35559.

Beispiel 1:

Ein Psychotherapeut mit voller Zulassung hat Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in einer Höhe von 300.000 Punkten abgerechnet.

Mindestpunktzahl zur Vergütung der Zuschläge: 162.734

Differenz abgerechnete Punktzahl 35.2 zu Mindestpunktzahl:
137.266 Punkte

Quote vergütete Zuschläge (137.266 Punkte/300.000 Punkte):
0,4576 (= 45,76 Prozent)

Beispiel 2:

Ein Psychotherapeut mit hälftiger Zulassung hat Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in einer Höhe von 160.000 Punkten abgerechnet.

Mindestpunktzahl zur Vergütung der Zuschläge: 162.734

Punkte x 0,5 = 81.367 Punkte

Differenz abgerechnete Punktzahl 35.2 zu Mindestpunktzahl:
78.633 Punkte

Quote vergütete Zuschläge (78.633 Punkte/160.000 Punkte):
0,4915 (= 49,15 Prozent)

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

Seit 1. April 2016 gilt für die Vergütung der Zuschläge aber auch eine Begrenzung nach oben, das heißt ab Erreichen einer bestimmten maximalen Punktzahlgrenze im Quartal werden für die die Grenze überschreitenden Therapiestunden ebenfalls keine Zuschläge mehr vergütet.

Die KVB setzt die Zuschläge aus technischen Gründen bereits ab der ersten erbrachten Grundleistung zu und nicht erst ab Er-

reichen der Mindestpunktzahl. Auch bei Überschreiten der maximalen Punktzahlgrenze werden die Zuschläge weiterhin zugesetzt. Das hat zur Folge, dass mehr Zuschläge in der Abrechnung zugesetzt werden, als tatsächlich nach EBM zu vergüten sind. Deshalb werden die Zuschläge nach GOP 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.

Hierzu ein **Beispiel**: Ein Psychotherapeut in Vollzulassung erbringt 200 Therapiestunden tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Kurzzeittherapie in Einzelbehandlung (GOP 35401). Nach dem EBM sind die Strukturzuschläge erst beginnend ab der 193,5. Therapiestunde (= Mindestpunktzahlgrenze) zu gewähren. Da die KVB aus abrechnungstechnischen Gründen den Zuschlag 35571 zu jeder abgerechneten Grundleistung 35401 zusetzt, wird der Zuschlag nach GOP 35571 statt 6,5-mal mit 15,24 Euro (= 99,06 Euro) insgesamt 200-mal mit rund 0,49 Euro vergütet (ebenfalls rund 99 Euro).

Für welchen Umfang sind die Strukturzuschläge berechnungsfähig?

Die Zuschläge sind berechnungsfähig für alle antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (Einzel- und Gruppentherapie), die nach Erreichen der Mindestpunktzahl abgerechnet werden. Bei einer vollen Zulassung wäre dies rechnerisch beispielsweise **ab der 194. Therapiestunde (Einzeltherapie)** im Quartal der Fall.

Die Zuschläge sind bis zu **einer Obergrenze berechnungsfähig (379.712 Punkte)**. Dies entspricht rein rechnerisch **beispielsweise 452 Einzelsitzungen**, sodass ab der 453. 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.

Hinweis: Seit 1. April 2017 werden bei Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM die Zuschläge (GOP 35571 bis 35373) bei Soldaten der Bundeswehr ab der ersten Sitzung vergütet.

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



KVB 80684 München

Muster

Betriebsstättennummer
Quartal 3/2017
Datum des Honorarbescheides
Seite 1 von 1

1. Grunddaten		
1.1	Abgerechnete Gesamtpunktzahl GOPen 35151, 35152 und der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 EBM (siehe Anmerkung 1)	
1.1.1		145.540 Punkte
1.2	Tätigkeitsumfang lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid	
1.2.1		0,50
1.3	Punktzahlgrenzen EBM	
1.3.1	Mindestpunktzahl	162.734 Punkte
1.3.2	Maximalpunktzahl	379.712 Punkte
2. Punktzahlgrenzen je Vertragstherapeut bzw. -arzt		
2.1.1	Erforderliche Mindestpunktzahl (1.2 x 1.3.1) (siehe Anmerkung 2)	81.367,0 Punkte
2.2.1	Doppelte Mindestpunktzahl (2.1 x 2)	162.734,0 Punkte
2.3.1	Maximalpunktzahl (1.2 x 1.3.2)	189.856,0 Punkte
3. Quote vergüteter Strukturzuschläge Psychotherapie (siehe Anmerkung 3)		
3.1		44,09%

1 Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und Leistungen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 EBM, die im Rahmen der von Juniorpartnern bzw. angestellten Ärzten erbracht und abgerechnet werden, werden dem Seniorpartner bzw. anstelle 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 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 Rechtsmittelbelehrung.
 20173 - 00 - Vergütung der Strukturzuschläge Psychotherapie (GOPen 35571 bis 35573) gemäß Präambel 35.2 EBM - GKV

Hinweis:

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

Das Dokumentenarchiv SmarAkt finden Sie im Mitgliederportal der KVB. Zur Anmeldung im Mitgliederportal gelangen Sie am einfachsten über die Startseite der KVB im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*. Die Funktionalität des Aktenarchivsystems SmarAkt ist im Anwendungshandbuch beschrieben. Ebenfalls auf dieser Seite finden Sie auch eine Beschreibung der Inhalte zu den jeweiligen Aktentypen und Mitteilungen über aktuell bereitgestellte Abrechnungsakten und Honorarunterlagen.

Tabakabhängigkeit (Raucherentwöhnung)

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

Telefonische Erreichbarkeit zur Terminvereinbarung

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

- **200 Minuten** pro Woche (Mindesteinheiten: 25 Minuten) bei **vollem Versorgungsauftrag**
- **100 Minuten** pro Woche (Mindesteinheiten: 25 Minuten) bei **häufigem Versorgungsauftrag**

Die telefonische Erreichbarkeitszeiten sind an die Kassenärztliche Vereinigung zu melden, damit diese zur Bekanntgabe an Versicherte durch die Terminservicestelle weitergegeben werden können.

Für alle Therapeuten gilt:

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

Die Therapeuten müssen ihre persönliche Erreichbarkeit oder die des Praxispersonals sicherstellen.

- Delegierbar auf Praxisangestellte in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaften/Praxisgemeinschaft

Telefonkosten

Die „Konsiliarische Erörterung“ zwischen zwei Ärzten beziehungsweise Arzt und Psychotherapeut ist in Leistungskomplexen aufgegangen und stellt keine gesondert abrechnungsfähige Leistung mehr 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.

Gerne können Sie sich auch an unsere [Abrechnungsberatung](#) wenden.

Telematikinfrastruktur

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

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

Die Einführung der TI startet mit der Umsetzung der ersten TI-Anwendung, dem Versichertenstammdatenmanagement (VSDM). Ab 1. Januar 2019 müssen alle Praxen an die TI angeschlossen sein und VSDM durchführen. Vertragsärzten und -psychotherapeuten, die dieser Verpflichtung nicht nachkommen, droht eine Honorarkürzung um ein Prozent.

Hinweise zu den technischen Voraussetzungen finden Sie auf www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Telematikinfrastruktur*.

Terminvereinbarung (Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins)

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

Stundenvergütung vom Patienten zu bezahlen ist. Die Termine sollten Sie dem Patienten ebenfalls schriftlich zur Verfügung stellen.

Testverfahren

Sind Testverfahren delegierbar?

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

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

Hogrefe Verlag
Rohnsweg 25
37085 Göttingen

Telefon: 05 51 / 4 96 09 – 0
Fax: 05 51 / 4 96 09 – 88
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Therapeutenwechsel

Was passiert mit bereits genehmigten Sitzungen bei Therapeutenwechsel?

- Findet während einer laufenden Therapie ein Therapeutenwechsel statt, können die restlichen, genehmigten aber noch offenen Sitzungen (Reststunden) vom neuen Therapeuten auf **Antrag beim Kostenträger** des Patienten übernommen werden.

oder:

- Der neue Therapeut stellt einen **Neuantrag**, der innerhalb der „Zwei-Jahres-Frist“ stets gutachterpflichtig ist.

- Da es sich um einen neuen Krankheitsfall handelt, kann der neue Therapeut vorab die probatorischen Sitzungen durchführen und abrechnen. Es können vom vorhergehenden Therapeuten die Reststunden übernommen werden. Eine schriftliche Information an den Kostenträger und gegebenenfalls an den Gutachter muss erfolgen.
- Durch die Krankenkasse ist ein neuer Anerkennungsbescheid (über die restlichen, noch offenen Stunden) auszustellen und vom neuen Therapeuten bei Abgabe seiner Quartalsabrechnung bei der KVB mit einzureichen.

Hinweis an den Patienten:

Bitte machen Sie Ihre Patienten gegebenenfalls darauf aufmerksam, dass während einer laufenden Therapie nur unter bestimmten Voraussetzungen ein Therapeutenwechsel stattfinden sollte/kann.

Therapieende

Was ist zu tun, wenn eine Therapie beendet wird?

- Vom **Therapeuten** ist die **Beendigung** einer Psychotherapie der **Krankenkasse** (gemäß Psychotherapie-Vereinbarung § 13 Absatz 2) **mittels Formblatt PTV 12 mitzuteilen**.
- Eine Einwilligungserklärung des Patienten ist hierfür nicht erforderlich. Die Gründe sind nicht relevant.
- Gebühren sind hierfür nicht berechenbar.
- Für den Versand an die Krankenkasse können Portokosten (GOP 40120 ff.) berechnet werden.
- Erlischt die Leistungspflicht der **Krankenkasse** während der laufenden Behandlung, so **unterrichtet sie unverzüglich** den die Psychotherapie **ausführenden Therapeuten**.

Wird die Behandlung lediglich – auch für längere Zeit (bis zu sechs Monate) – unterbrochen, besteht keine Informationspflicht gegenüber den Krankenkassen (vergleiche „Therapieunterbrechung“).

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 besonders begründet wird. Eine Rücksprache mit dem Kostenträger ist sinnvoll.

Wir empfehlen Ihnen

- einen **Vermerk** auf dem in der Praxis verbliebenen Formular PTV2 vorzunehmen (zum Beispiel „Nach telefonischer Rücksprache mit Krankenkassen am ... Wiederaufnahme der Therapie genehmigt“),

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

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

Überweisung

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

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

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

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

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

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

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

Zunächst verweisen wir auf die Bedarfsplanungs-Richtlinie für Ärzte. Hier wird unter § 5 Absatz 6 Nr.1 Satz 5 auf die einzelnen Gebührenordnungspositionen verwiesen, welche als psychotherapeutische Leistungen zu berücksichtigen sind.

Dabei wäre es natürlich konsequent, auch die aus der Teilnahme an Selektiv- beziehungsweise Sonderverträgen resultierenden Abrechnungsdaten einzubeziehen. Nur dann könnte das tatsächlich zutreffende Verhältnis der psychotherapeutischen zu den übrigen Leistungen und damit auch der tatsächlich zutreffende Psychotherapieanteil – gemessen an den insgesamt abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, also an den Gesamtleistungen im Sinne des § 5 Absatz 6 Nr. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie – ermittelt werden.

Das Problem besteht letztlich darin, dass wir nur insoweit zur Überprüfung in der Lage sind, soweit wir über die einschlägigen Abrechnungsdaten verfügen. Gerade was die Teilnahme an Selektivverträgen, an welchen die KVB ihrerseits nicht als Vertragspartner beteiligt ist, betrifft, ist es so, dass die Abrechnung nicht über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns läuft. Daher verfügen wir nicht über die insoweit **einschlägigen Abrechnungsdaten**. Bei der 90-Prozent-Regelung wird die Leistungsanforderung erbrachter psychotherapeutischer genehmigungspflichtiger zeitabhängiger Leistungen aus dem Kapitel 35 EBM im Quartal ermittelt.

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

Hinweis:

Die Werte der Strukturzuschläge Psychotherapie (GOPen 35251 bis 35253) werden bei der Berechnung der 90-Prozent-Quote miteinbezogen. Berücksichtigt wird das ausbezahlte arztindividuelle Honorar (gegebenenfalls auch mit Wert „0“).

- Alle Ärzte, die Leistungen des Kapitels 35 **ohne GOP 35 100 und 35 110** abrechnen, werden geprüft, ob dieser Anteil größer als 90 Prozent des Gesamtleistungsbedarfs ist.

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

- **Welche Folgen hat es, wenn Sie unter 90 Prozent bleiben?**
Für diese Ärzte bleibt das RLV/QZV gültig

Vergütungsregelung für psychotherapeutische Leistungen ab 1. Januar 2018

- **Für das Jahr 2018 gilt**, dass
 - bei allen Fachgruppen die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM außerhalb der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) honoriert werden.
 - Zusätzlich außerhalb MGV honoriert wird die GOP 35 150 (probatorische Sitzung) für die in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen. Seit 1. April 2017 werden die GOP 22220 und 23220 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung), die GOP 35 151 Psychotherapeutische Sprechstunde und die GOP 35 152 Psychotherapeutische Akutbehandlung außerhalb der MGV vergütet.

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

■ Vergütung der in der MGV verbleibenden Leistungen

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

- Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

- anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien

Es handelt sich dabei um folgende Leistungsbereiche:

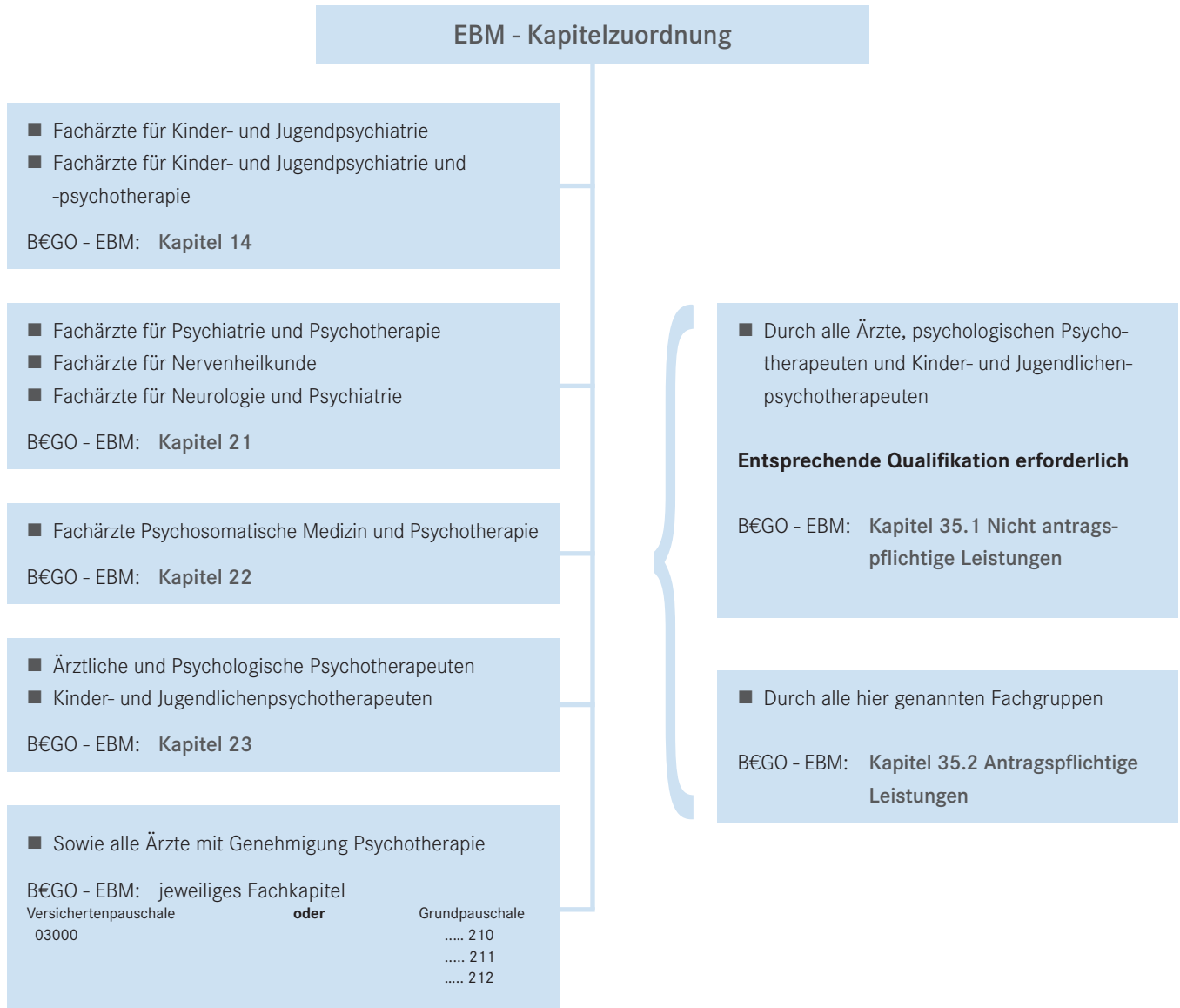
- **Kapitel 22 EBM (ohne GOP 22220)**
- **Kapitel 23 EBM (ohne GOP 23220)**
- **Abschnitt 35.1 EBM (ohne GOP 35 150 bis 35 152)**
- **Abschnitt 35.3**
- **Sonstige Leistungen (siehe zum Beispiel Präambel 22.1 und 23.1)**

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

Ausführliche Informationen erhalten Sie in unseren Broschüren „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Januar 2018“ und „Erläuterung zum Honorarverteilungsmaßstab - Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV, Stand 1. Januar 2018“.

Sie finden die Broschüren unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Informationsmaterial* unter Abrechnung/Honorar.

Psychotherapeutische Leistungserbringer



Abrechnungsstrukturen des EBM für psychotherapeutische Leistungen

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

Allgemeine Leistungen und Kapitel 40 Kostenpauschalen

- Für [Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten](#) sind aus dem Abschnitt II „Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen“ nachfolgende Leistungen nach den [Nummern 01100, 01101, 01102, 01410 bis 01413, 01415, 01430, 01435, 01600, 01601, 01602, 01620, 01621, 01622](#) berechnungsfähig.
- Außerdem sind Kostenpauschalen für die Versendung beziehungsweise den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen nach den Nummern 40120, 40122, 40124, 40126, 40142 und 40144 aus dem Kapitel 40 berechnungsfähig.

Ausführliche Informationen zu der Berechnungsfähigkeit des Briefs/Mehrfertigung an den Hausarzt (GOP 01601, 01602) finden Sie unter dem Begriff „[Berichtspflicht](#)“.

Kapitel 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Leistungen

([Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie \(Einzelzulassung\)](#))

21213

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

21214

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

21215

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

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Die BÈGO – EBM-Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sind nur von Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie (Einzelzulassung) abrechnungsfähig.

Hinweis:

Die Abrechnungsmöglichkeit der Gebührenordnungspositionen trifft derzeit in Bayern nur für ganz wenige Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie zu.

Kapitel 22 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

([Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie](#))

22210

Grundpauschale für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für Versicherte bis zum vollendeten fünften Lebensjahr

22211

Grundpauschale für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für Versicherte ab Beginn des sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

22212

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

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Die BÈGO – EBM-Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 sind ausschließlich nur von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abrechnungsfähig.

Kapitel 23 Psychotherapeutische Leistungen

(Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

23210

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

23211

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

23212

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

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

23214

Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden.

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

23220

Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung

- Dauer mindestens zehn Minuten, Einzelbehandlung
- Syndrombezogene therapeutische Intervention, Krisenintervention, Anleitung der Bezugsperson(en)
je vollendete zehn Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall
- Nicht antragspflichtige und antragspflichtige Leistungen der Psychotherapie können neben der GOP 23220 nicht abgerechnet werden. Die GOP 23220 kann zum Beispiel auch für drei Sitzungen à 50 Minuten, also für eine nicht genehmigungspflichtige Kurzzeittherapie außerhalb der Psychotherapie-Richtlinien angesetzt werden.
- Der BÈGO-EBM sieht einen Abrechnungsausschluss der GOP 22220 „nicht neben den Leistungen des Abschnitts 35.1“ beziehungsweise nach der GOP 23220 „nicht neben den Leistungen des Abschnitts 35.1 und 35.2“ vor. Somit ist das Psychotherapeutische Gespräch (Einzelbehandlung) lediglich in derselben Sitzung nicht neben den Leistungen nach Abschnitt 35.1 (Nicht antragspflichtige Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie) und den Leistungen nach Abschnitt 35.2 (Antragspflichtige Leistungen) berechenbar.
- Ist bei telefonischem Kontakt nicht berechenbar.
- Ist an einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gebunden (Begriff: Einzelbehandlung).
- Die Anleitung der Bezugsperson(en) ist fakultativer Leistungsbestandteil der GOP 22220 beziehungsweise 23220, wobei derartige Gespräche nicht unbedingt die Anwesenheit des Patienten erfordern.

Kapitel 35

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

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen (Psychosomatische Grundversorgung)

35100

Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

35110

Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

Für beide Gebührenordnungspositionen:

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

Voraussetzung:

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

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

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

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

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

Hinweis:

Im Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Ärzte finden Sie den Antrag zur „Psychosomatik“ unter Punkt 2.6 (Seite 3).

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

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

Was muss diese als Standard beinhalten?

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

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

35111

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

35112

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

35113

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

35120

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

Die in den §§ 28 bis 30 der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Begrenzungen, zum Beispiel bei Hypnose bis zu **zwölf Sitzungen**, berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

Der **Begriff „Behandlungsfall“** (Quartal) wurde in der Psychotherapie-Richtlinie gestrichen. Im Rahmen der übenden und suggestiven Techniken (**GOP 35111 bis 35120**) sind nach der Psychotherapie-Richtlinie jeweils bis zu **zwölf Sitzungen** für die **gesamte** Behandlung berechnungsfähig.

In Ausnahmefällen ist eventuell auch ein höheres Kontingent möglich. Eine Begründung ist in jedem Fall erforderlich.

Ausführliche Informationen zu diesem Thema finden Sie auf den Seiten 23 bis 25 der Psychotherapie-Richtlinie im **Abschnitt E „Leistungsumfang“**.

Hierfür erforderlich ist der Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V und der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Techniken im Rahmen des Fachkundenachweises gemäß Absatz 1 und 3 der Psychotherapie-Vereinbarung.

(Erfolgreiche Teilnahme an zwei Kursen von jeweils acht Doppelstunden im Abstand von mindestens sechs Monaten in den jeweiligen Techniken.)

- Diese Kurse müssen bei einem, bei der Ärztekammer gemeldeten, anerkannten Weiterbilder absolviert werden. Eine Liste der Weiterbilder erhalten Sie bei Ihrer Ärztekammer/Psychotherapeutenkammer. Oder
- Sie lassen sich von einem anerkannten Institut, das die „Techniken“ gelehrt hat, **Art und Umfang** der Schulung bescheinigen.

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

35130

Bericht an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Kurzzeittherapie 1 oder 2.

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

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

Weder die GOP 35130 noch andere BÉGO-EBM-Gebührenordnungspositionen können alleine für das **Ausfüllen des Formblattes PTV 2a bis 2c** (Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten) berechnet werden. Dies ergibt sich aus § 36 Absatz 2 BMV-Ä. Danach sind vereinbarte Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen auszustellen, es sei denn, dass eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde. Der Vordruck enthält dann einen Hinweis, ob die Angabe der Information gesondert vergütet wird oder nicht. Das Formblatt PTV 2a bis 2c enthält **keinen** solchen Hinweis, sodass **nur** Portokosten (GOP 40120 ff.) für den Versand an die zuständige Krankenkasse berechnet werden können.

35131

Bericht an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur **Einleitung** oder **Verlängerung** der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie **als Langzeittherapie**

Hinweis:

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

- einer **Langzeittherapie**,
- einer **Umwandlung** einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie (bei der analytischen Psychotherapie ist Kurzzeittherapie nicht vorgesehen),
- einer **Fortführung**

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

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

Nach einer Ablehnung ist es in aller Regel erforderlich, dass sich ein Psychotherapeut mit den Gründen der ablehnenden Entscheidung eingehend auseinandersetzt und vor diesem Hintergrund den erneut gestellten Antrag begründet. Dem Obergutachter sind außerdem alle für seine Beurteilung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, einschließlich der Gutachten des Erstgutachters.

Für Verlängerungsanträge, deren Inhalte nicht erfüllt sind, kann die Nummer somit nicht angesetzt werden.

Für das Nachreichen gegebenenfalls fehlender Angaben zum Bericht an den Gutachter oder im Rahmen der Einholung eines Obergutachtens durch die zuständige Krankenkasse können die GOP 35130 und GOP 35131 **nicht** angesetzt werden.

Biographische Anamnese

35140

Biographische Anamnese, Erhebung des psychodynamischen beziehungsweise verhaltensanalytischen Status, Dauer mindestens 50 Minuten, einmal im Krankheitsfall
Nicht neben der GOP 35150 möglich, da diese zeitlich unabhängig davon erfolgen muss. Ein Splitting der Stuserhebung in mehrere Einheiten ist nicht möglich.

Hinweis:

- Zur vollständigen Erbringung der Nummer 35140 ist **kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich**.
- Für die **homöopathische Fallaufnahme und Repertorisation** kann die Nummer 35140 auch bei Angabe des Zeitaufwands sowie einer entsprechenden Begründung nicht berechnet werden.
- Abrechnungsausschlüsse **in derselben Sitzung** bestehen unter anderem neben
 - Gesprächsleistungen (GOP 14220, 16220, 21220, 23220)
 - Abschnitt 35.1 (GOP 35100 bis 35120, 35150, 35151, 35152)
 - Abschnitt 35.2.1 (Einzeltherapien)
 - Abschnitt 35.2.2 (Gruppentherapien)

Vertiefte Exploration

35141

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

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

Probatorische Sitzung

- Probatorische Sitzungen nach GOP 35150 dienen **aus-schließlich** der Einleitung beziehungsweise 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. Seit **April 2018** besteht für Patienten die Verpflichtung, dass **erst nach Aufsuchen einer psychotherapeutischen Sprechstunde** mit den probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung begonnen werden kann.
- Die Leistung ist daher zwar antragsfrei abzurechnen, unterliegt jedoch nach der Psychotherapie-Richtlinie einer Ansatzbeschränkung.
 - Als Einzelbehandlung bei **Erwachsenen** finden **mindestens zwei bis vier** probatorische Sitzungen statt.
 - Bei **Kindern und Jugendlichen** 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: gegebenenfalls 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 gegebenenfalls zu Plausibilitätsprüfungen.

35150

für **Erwachsene** mindestens **zwei** höchstens **viermal**
für **Kinder und Jugendliche** zwischen **zwei- bis sechsmal**
im **Krankheitsfall**

Dauer mindestens 50 Minuten

Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer – wobei die GOP erst abgerechnet werden kann, wenn die zweite Einheit erbracht wurde. Eine häufigere Berechnung der GOP 35150 ist in demselben Krankheitsfall ausgeschlossen.

Probatorische Sitzungen sind auch bei **Bezugspersonen** (zum Beispiel GOP 35150B) abrechnungsfähig. Es gelten analog die

Regelungen nach § 17 Absatz 4 der Psychotherapie-Vereinbarung.

Beispiel:

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

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

Die Abrechnung wird durch Uhrzeitangaben neben den betreffenden Gebührenordnungspositionen begründet.

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

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

Hinweis:

Dieselbe Uhrzeitangabe darf nicht mehrmals am gleichen Behandlungstag erscheinen.

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

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

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

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

Hinweis:

Für die Durchführung von probatorischen Sitzungen während eines stationären Aufenthaltes bedarf es generell der Zusage von der jeweilig zuständigen Krankenkasse, ob die Abrechnung möglich ist. Wir empfehlen die Zusage der Krankenkasse schriftlich einzuholen. Diese Bestätigung dient als Nachweis, falls es zu einem späteren Zeitpunkt zu kassenseitigen Rückfragen führt.

Psychotherapeutische Sprechstunde

- Ziel der Psychotherapeutischen Sprechstunde ist es, Patienten einen niedrigschwelligen Zugang zur Psychotherapie zu bieten.
- In einem Erstgespräch wird abgeklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Psychotherapie oder ein anderes Unterstützungs- und Beratungsangebot benötigt. Hierbei ist auch eine erste therapeutische Intervention möglich.
- Am Ende der Psychotherapeutischen Sprechstunde muss dem Patienten die individuelle Patienteninformation PTV 11 ausgehändigt werden. Die Sprechstunde muss in der Patientenakte dokumentiert werden (zum Beispiel Datum der Leistungserbringung, der diagnostischen Erhebung, wesentliche Inhalte der gegebenenfalls stattgefundenen psychotherapeutischen Intervention, sowie der Ergebnisse, siehe auch Psychotherapie-Richtlinie § 37, PT-Vereinbarung § 11 Absatz 15).

Hinweis

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

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

Die Inanspruchnahme einer 50-minütigen Sprechstunde, vor einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung oder Akutbehandlung, ist von jedem Patienten nachzuweisen.

35151

Psychotherapeutische Sprechstunde zur diagnostischen Abklärung

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

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

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

Psychotherapeutische Akutbehandlung

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

Ist eine Akutbehandlung nicht ausreichend, sollten Patienten zumindest soweit stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind, oder ihnen andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen empfohlen werden können. Eine **Genehmigungspflicht** besteht bei der Akutbehandlung **nicht**, 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 Leistungs-

angebot der Psychotherapeuten außerhalb der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie ergänzen.

Akutbehandlungen werden im Krankheitsfall auf nachfolgende Kurz- oder Langzeittherapien angerechnet.

35152

Psychotherapeutische Akutbehandlung

- psychotherapeutische Intervention(en) zur Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen und/oder
- Stabilisierung von Patienten zur Vorbereitung bei Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie
- Einzelbehandlung,
Dauer mindestens 25 Minuten
 - Die psychotherapeutische Akutbehandlung kann im **Krankheitsfall 600 Minuten** umfassen. Die **Mindesteinheit** beträgt dabei **25 Minuten** (24 mal 25 Minuten).

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 drei Behandlungsformen (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) durchgeführt werden. Auf dem Formular PTV 2 sind die ersten beiden Termine der probatorischen Sitzungen mit anzugeben.

Hinweis:

Bereits **erbrachte Stunden** im Rahmen der **psychotherapeutischen Akutbehandlung** werden mit dem **Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet**.

- Der **Antrag für die KZT 1** 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** 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**.

Umwandlung Kurzzeittherapie in Langzeittherapie

- Eine Kurzzeittherapie kann in eine Langzeittherapie umgewandelt werden. Spätestens mit der **achten Therapieeinheit der KZT 2** muss dies erfolgen, damit eine nahtlose Weiterbehandlung gewährleistet wird.
- Mit Antrag des Patienten (PTV 1), dem Formular PTV 2 (Feld „Langzeittherapie als Umwandlung“) erfolgt der Umwandlungsantrag und ist **gutachterpflichtig**.
- Folgende Inhalte sind dem Antrag in einem verschlossenen Briefumschlag für den Gutachter (PTV 8) beizufügen:
 - Bericht an den Gutachter (erstellt gemäß Formular PTV 3 als Leitfaden für die Erstellung des Berichts)
 - Durchschrift PTV 2
 - Durchschrift des Konsiliarberichts (Muster 22) nur bei nichtärztlichen Therapeuten
 - ergänzende Befundberichte, sofern erforderlich

Gruppentherapie

Für die Anwendung der drei Behandlungsformen (siehe § 15 der Psychotherapie-Richtlinie) gibt es drei Auswahlmöglichkeiten (siehe § 21 Kombination von Anwendungsformen Absatz 1 und 2 sowie § 29 Bewilligungsschritte der Psychotherapie-Richtlinie):

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

Bei der Behandlung von Patienten in Gruppen umfasst die Größe der Gruppe bei analytisch begründeten Verfahren und bei Verhaltenstherapie **mindestens drei bis höchstens neun Patienten**.

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

Gruppentherapie aus Teilnehmern mit Langzeit- und Kurzzeittherapie

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

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

Beispiel:

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

Gruppenleitung durch mehrere Psychotherapeuten

Eine Gruppentherapie kann auch von mehr als einem Therapeuten durchgeführt werden, das schließt die Psychotherapie-Richtlinie nicht aus.

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

Beispiel:

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

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

- Antrag **eines** Therapeuten
 - Bei Beantragung einer Therapie ist auf dem Formular PTV 2 anzukreuzen, ob ausschließlich Einzeltherapie, Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung vorgesehen ist.
 - Bei einer **Kombinationsbehandlung** ist anzugeben, ob die **Einzel- oder Gruppenbehandlung die überwiegend durchgeführte Anwendungsform** ist und ob die **Behandlung** gegebenenfalls **durch zwei Therapeuten** erfolgt.
- Antrag von **zwei** Therapeuten
 - Bei Beteiligung von zwei Therapeuten ist von **beiden jeweils ein Formular PTV 2** auszufüllen und dem Antrag des Versicherten (einmal PTV 1 ausreichend) beizufügen.

Beispiel:

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

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

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

Kombination von Einzel- und Gruppentherapie

Während einer laufenden Kombinationstherapie können Einzel- und Gruppentherapie getauscht werden.

Folgendes ist dabei zu beachten, wenn

■ ein Therapeut behandelt:

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

■ zwei Therapeuten behandeln:

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

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 bei Kindern und Jugendlichen für die Behandlung der Störung mit einbezogen werden.

Genehmigungspflichtige Leistungen

- Abschnitt 35.2.1: Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35425)
- Abschnitt 35.2.2: Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35559)
- Abschnitt 35.2.3: Zuschläge (GOP 35571, 35572, 35573)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Abschnitt 35.2.1

Einzeltherapien der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

35401

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

Bei Einbeziehung von **Bezugspersonen** ist die GOP 35401 bis 35405 mit „B“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35401B).

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

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

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.

Für die **KZT 2** ist nach der **siebten Sitzung** eine erneute Antragstellung notwendig.

35405

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

Abschnitt 35.2.2

Gruppentherapie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

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

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

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

Analytische Psychotherapie

Einzeltherapien im Rahmen der analytischen Psychotherapie

Neu seit 1. April 2017 ist, dass nun auch Kurzzeittherapien im Rahmen der analytischen Psychotherapie möglich sind.

35411

Analytisch fundierte Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung, je 50 Minuten)

Bei Einbeziehung von [Bezugspersonen](#) ist die GOP 35411 bis 35539 mit „B“ zu [kennzeichnen](#) (zum Beispiel 35411B). Eine Verlängerung der KZT 1 über die vorgesehenen [höchstens zwölf Sitzungen](#) hinaus ist nicht möglich.

Die Sitzung kann in [zwei Einheiten](#) von jeweils [mindestens 25 Minuten](#) Dauer unterteilt werden, die GOP 35401 kann aber erst abgerechnet werden, wenn der [Leistungsinhalt voll erfüllt ist](#), also auch die zweite Einheit erbracht ist.

35412

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

Eine Verlängerung der KZT 2 über die vorgesehenen [höchstens zwölf Sitzungen](#) hinaus ist nicht möglich.

35415

Analytisch fundierte Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Gruppentherapien im Rahmen der analytischen Psychotherapie

Bei der [Gruppentherapie](#) wird nach Anzahl der Teilnehmer unterschieden. Möglich sind [drei bis neun Teilnehmer](#). Da bei der Beantragung von Gruppentherapien nicht abschließend festgestellt werden kann, wie viele Patienten letztendlich teilnehmen, ist die letzte Zahl der jeweiligen GOP mit einem „X“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 3550X).

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

Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie sind Sitzungen [von mindestens 100 Minuten](#) vorgesehen.

Es können auch weiterhin Sitzungen von [mindestens 50 Minuten](#) durchgeführt werden. Hierzu sind die GOP mit dem Buchstaben „H“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35421H). Dies führt zu einer hälftigen Vergütung.

Zwei dieser 50-minütigen Therapieeinheiten ergeben eine Gruppentherapieeinheit im Sinne von § 11 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung mit einer Dauer von 100 Minuten.

Demnach entsprechen zwei der mit „H“ gekennzeichneten GOPen einer genehmigten Gruppentherapieeinheit gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung.

Beim Einbinden von Bezugspersonen soll **anstelle der B-Kennzeichnung eine Kennzeichnung mit dem Buchstaben „Z“** erfolgen (zum Beispiel 35421Z).

Einzeltherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie 35.2.1

35421

Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Bei Einbeziehung von **Bezugspersonen** ist die GOP 35421 bis 35425 mit „B“ zu kennzeichnen (zum Beispiel 35421B).

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

Die Sitzung kann in **zwei Einheiten** von jeweils **mindestens 25 Minuten** Dauer unterteilt werden, die GOP 35421 kann aber erst abgerechnet werden, wenn der **Leistungsinhalt voll erfüllt ist**, also auch die zweite Einheit erbracht ist.

35422

Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

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

35425

Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung je 50 Minuten)

Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie

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

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

Gruppentherapie Verhaltenstherapie (Abschnitt 35.2.2)

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

Rezidivprophylaxe

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

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

Die Hinzuzählung von zusätzlich für die Einbeziehung von Bezugspersonen beantragten und durchgeführten Therapieeinheiten (nur bei Kindern- und Jugendlichen) ist nicht vorgesehen.

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

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

Damit mit einer Rezidivprophylaxe begonnen werden kann, ist zuvor die Beendigung der Langzeittherapie mit dem entsprechenden Formblatt (PTV12) anzuzeigen (§ 16 Absatz 3 der PT-Vereinbarung).

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 als Rezidivprophylaxe bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten

„Y“: Kennzeichnung der LZT als Rezidivprophylaxe bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten mit Einbeziehung Bezugsperson

Strukturzuschläge Psychotherapie

Zur Vergütung von höheren Aufwendungen bei der Praxisorganisation (zum Beispiel durch die Beschäftigung von Personal) gibt es drei Strukturzuschläge für die Einzel- und Gruppentherapien im Abschnitt 35.2. sowie für die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung bei Abrechnung definierter Mindestpunktzahlen.

35571

Zuschlag zu Einzeltherapien (35401 bis 35405, 35411 bis 35415, 35421 bis 35425)

35572

Zuschlag zu Gruppentherapien (35503 bis 35519, 35523 bis 35539, 35543 bis 35559)

35573

Zuschlag zur Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung (35151, 35152)

Hinweis:

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, Einzel- und Gruppentherapie.

35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

Die im Kapitel 35.3 genannten psychodiagnostischen Testverfahren nach GOP 35600 bis 35602 können nur abgerechnet werden von

- Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin
- Vertragsärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Ausnahme:

Für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie sind die Leistungen nach GOP 35600 bis 35602 auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Die Leistungen sind – mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung beziehungsweise Interpretation, schriftliche Aufzeichnung – grundsätzlich delegierbar.

Die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35600 bis 35602 sind je fünf Minuten zeitgetaktet berechnungsfähig. In diesem Zeittakt von „je vollendeten fünf Minuten“ ist die Gesamtzeit zur Durchführung des Testgeschehens einzubeziehen:

- Die Zeit, die der Patient benötigt,
- die Zeit der HelferIn und
- die Zeit des Arztes (Therapeuten).

Die Höchstgrenzen der oben genannten Leistungen sind je Behandlungsfall zu beachten:

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

35600 bis 35602

Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren

- Die standardisierten Testverfahren nach den B€GO - EBM-Gebührenordnungspositionen 35600 bis 35602 sind bei Regional- und Ersatzkassen auch während einer Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Psychotherapie als Bestandteil der Therapie **je nach erforderlicher Zeit** berechenbar.
(Psychotherapie-Vereinbarung Anlage 1 BMV-Ä § 17 Abrechnung Absatz 2)
- Nimmt ein einzelner Test zehn oder 15 Minuten in Anspruch, so kann die Leistung mehr als dreimal berechnet werden.
- **Insgesamt sind nicht mehr als drei Testverfahren** während der Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Kurzzeittherapie berechnungsfähig.
- Bei Durchführung oder Fortsetzung einer **(Kurz- und) Langzeittherapie sind bis zu fünf Testverfahren** zulässig.

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

Neuropsychologische Therapien sind all jene Therapieformen, die sich auf die störungsfreie Kontrolle des Gehirns über alle ihm untergeordneten Funktionen beziehen. Sie setzen keine Genehmigung für Psychotherapie voraus.

Das Zentrale Nervensystem hat zusammen mit dem Autonomen Nervensystem die Aufgabe, sämtliche vom Körper gelieferten Daten auszuwerten und die entsprechenden Befehle wieder an den Körper auszusenden.

Wann kommt die neuropsychologische Therapie zur Anwendung?

- Die ambulante **neuropsychologische Diagnostik und Therapie** dient der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Betroffen sind Patienten zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder Unfall.
- Begonnene Behandlungen – während der stationären Akutphase eingeleitet – können ambulant fortgesetzt werden.

Ausnahmen:

- Bei einer Gehirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei **erwachsenen Patienten**, deren **Beginn länger als fünf Jahre** zurückliegt, sind in begründeten Einzelfällen auf Antrag bei der Krankenkasse möglich.

Wie erfolgt die Feststellung der Indikation?

Die Feststellung der Indikation erfolgt **zweistufig**.

- Stufe 1: somatische Abklärung
 - Ein Arzt klärt ab, ob der Patient an einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung leidet.
- Stufe 2: neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplan
 - Nach Feststellung der Diagnose prüft ein **anderer Arzt oder Psychotherapeut** mit neurologischer Zusatzqualifikation, ob eine neuropsychologische Therapie für den Patienten infrage kommt.

Hinweis:

Aus Qualitätssicherungsgründen darf die Diagnose der Stufe 1 nicht von ein und demselben Arzt durchgeführt werden, der gegebenenfalls die neuropsychologische Therapie durchführt.

Indikationen zur neuropsychologischen Therapie sind (gemäß Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD-10):

ICD-Code	Internationale Klassifikation der Krankheiten
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F06.6	Organische emotional labile (asthenische) Störung
F06.7	Leichte kognitive Störung
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

Wer darf Diagnostik und Therapie durchführen?

■ Diagnostik Stufe 1

Zur Feststellung der **Indikation** gemäß § 5 Absatz 2 sind berechtigt: Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

■ Diagnostik Stufe 2

Zur neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Absatz 3 und zur neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 sind nur berechtigt: Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine neuropsychologische Zusatzqualifikation nachweisen können.

Hinweis:

Die Facharztbezeichnung ohne die Zusatzqualifikation ist nicht ausreichend. Solange eine Zusatzqualifikation der Ärztekammer noch nicht vorliegt, ist der Nachweis der Voraussetzungen für eine neuropsychologische Zusatzqualifikation gemäß **Abschnitt B. I. der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer** zu führen.

Weitere Informationen zur Antragstellung finden Sie unter **www.kvb.de** in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „N“/Neuropsychologische Therapie*.

Wie erfolgt die Therapie?

- Die neurologische Therapie ist **nicht** antragspflichtig. Der Beginn der Behandlung ist lediglich der Krankenkasse anzuzeigen und zwar **spätestens** mit Abschluss der probatorischen Sitzungen.

Anmerkung: Ein spezieller Vordruck ist bisher nicht vorgesehen.

- Sie kann in Form von Einzel- oder Gruppenbehandlungen mit **maximal fünf Patienten** durchgeführt werden (§ 7 der Anlage).
- Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Behandlung **auch außerhalb** der Praxis/Einrichtung erbracht werden (zum Beispiel bei Schädigung und Behinderung nach erworbener Hirnschädigung usw.). Eine gesonderte Begründung und Dokumentation ist notwendig (§ 9 der Anlage).
- Die neuropsychologische Diagnostik (Stufe 2) und Behandlung ist **persönlich** durch den Arzt/Psychotherapeuten zu erbringen, der über eine entsprechende Genehmigung der KVB verfügt.

Wie erfolgt die Qualitätssicherung?

- Ärzte und Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung zur neuropsychologischen Diagnostik (Stufe 2) und Therapie sind verpflichtet,
 - die Befunde (nach § 5 der Anlage),
 - den Therapieplan sowie den Behandlungsverlauf, Änderungen im Therapieplan,
 - die Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und
 - die Gesamtbehandlungsanzahlzu dokumentieren.

- Dokumentiert werden muss ferner, wenn
 - sich die Dauer der Behandlungseinheiten reduziert,
 - der Behandlungsumfang aus medizinischen Gründen verlängert werden muss oder
 - sich die Therapie außerhalb der Praxis/Einrichtung als medizinisch notwendig erweist.

In allen drei Fällen ist eine **Begründung** erforderlich.

Die Überprüfung der Dokumentation sowie der Indikation erfolgt durch Stichproben im Einzelfall.

Abrechnungshinweise

- Die im Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen sind im **Behandlungsfall** neben Kapitel 35 Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie, Abschnitt 35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen, 35.2 Antragspflichtige Leistungen und 35.3 Testverfahren **nur berechnungsfähig**,

wenn

- durch den behandelnden Arzt dargelegt wird, dass der Einsatz von Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie aufgrund eines über die Indikationsstellung für die Neuropsychologie hinausgehenden Krankheitsbildes indiziert ist und
- durch den Einsatz einer parallelen Behandlung mit Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie ein Heilerfolg zu erzielen ist, der mit der neurologischen Behandlung alleine nicht erreicht werden konnte.

Die Vergütung der Gebührenordnungspositionen 30930 bis 30935 erfolgt **außerhalb MGV**.

Leistungsumfang

Der **Leistungsumfang** der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie umfasst **genehmigungsfrei**:

- Vor Beginn der Therapie bis zu **fünf** probatorische Sitzungen.
- Einzelbehandlung bis zu **60 Behandlungseinheiten** (je Krankheitsfall à 50 Minuten).
- Gruppenbehandlung bis zu **40 Behandlungseinheiten** (je Krankheitsfall à 100 Minuten).
- Im besonderen Einzelfall ist eine Überschreitung um bis zu **maximal 20 Behandlungseinheiten** je Krankheitsfall zulässig.

Welche EBM-Leistungen können abgerechnet werden?

30930

Krankheitsspezifische **neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren**

Die Leistung ist je fünf Minuten zeitgetaktet berechnungsfähig.

Die Höchstgrenzen der oben genannten Leistung sind je Behandlungsfall zu beachten:

- für **Kinder und Jugendliche** bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur bis zu einer **Gesamtpunktzahl von 990 Punkten**.
- für **Versicherte ab Beginn des 19. Lebensjahres** nur bis zu einer **Gesamtpunktzahl von 651 Punkten**.

Hinweis:

Die Durchführung von psychometrischen Tests kann vor oder nach probatorischen Sitzungen beziehungsweise Therapiesitzungen gemäß GOP 30931, 30932 oder 30933 erfolgen.

Die Durchführung, Aufzeichnung und Auswertung der Tests kann nicht während der probatorischen oder therapeutischen Sitzungen erfolgen.

30931

Probatorische Sitzungen

Anmerkung:

- Die GOP ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechnungsfähig.
- Die Leistung beinhaltet nicht die Durchführung, Auswertung und/oder Aufzeichnung der Testverfahren gemäß der GOP 30930.

30932

Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)

30933

Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)

Hinweis:

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

30934

Erstellen eines Therapieplans

- einmal im Krankheitsfall

30935

Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall

- einmal im Krankheitsfall

Auf Bundes- und auf Landesebene gibt es mehrere **sogenannte Sonstige Kostenträger** (zum Beispiel Bayerische Bereitschaftspolizei, Postbeamte Gruppe A, Sozialämter). Der Leistungsanspruch, den die Versicherten haben, ist teilweise unterschiedlich ausgestaltet. Zum Teil betrifft dies auch die Abrechnung und die Vergütung, die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten für die Behandlung dieser Patienten erhalten. Aus Platzgründen verzichten wir auf eine ausführliche Darstellung. Bitte beachten Sie die Besonderheiten, die wir nachfolgend ausführen. Wenn Sie Fragen haben oder Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Berater.

Versorgung von Soldaten der Bundeswehr

Bei Angehörigen der Bundeswehr rechnet der Vertragsarzt beziehungsweise Vertragspsychotherapeut seine Leistungen auch direkt mit der KVB ab. Hierbei sind aber folgende Regelungen zu beachten. Alle Untersuchungen und Behandlungen werden als Einzelleistungen zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung auf Basis des EBM unter Anwendung der regionalen Gebührenordnung am Ort der Leistungserbringung vergütet.

Grundsätzlich dürfen **Versicherte der Bundeswehr** einen ärztlichen Psychotherapeuten oder Vertragspsychotherapeuten **nur auf einer vorgenommenen Überweisung von einem Arzt der Bundeswehr (Truppenarzt)** aufsuchen. Stellt der behandelnde Arzt fest, dass ein Kollege hinzugezogen werden sollte, bedarf es einer **erneuten Überweisung** durch den Truppenarzt. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt auf der Grundlage des vorgelegten Überweisungsscheins. Bei umsatzsteuerpflichtigen Leistungen erfolgt eine Direktabrechnung zwischen Vertragsarzt beziehungsweise -psychotherapeut und dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr.

Verfahren zur Durchführung von Psychotherapie

Zur Durchführung einer tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie einer Verhaltenstherapie bei Soldaten darf die Überweisung nur an einen in der vertragsärztlichen Versorgungbehandlungsberechtigten Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten vorgenommen werden. Das Verfahren zur Durchführung der Psychotherapie ergibt sich aus der Anlage 4 des Bundeswehrvertrags.

Nachfolgend die wichtigsten Punkte zur Beantragung einer Therapie bei diesem Personenkreis.

Behandlungs- und Genehmigungsverfahren

Die Genehmigung psychotherapeutischer Behandlungen im Rahmen dieses Vertrags erfolgt durch das Sanitätsamt der Bundeswehr (im folgenden **SanABw** genannt). Wird eine genehmigungspflichtige psychotherapeutische Behandlung durch einen Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten ohne Genehmigung des SanABw begonnen oder durchgeführt, werden die Kosten hierfür von der Bundeswehr nicht übernommen. Die vor Beginn der Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten erforderliche Abklärung einer somatischen Erkrankung wird durch den Truppenarzt auf der Grundlage der sanitätsdienstlichen Bestimmungen veranlasst.

Für die Darstellung der vorgesehenen Behandlungsverfahren und des notwendigen Umfangs einer Psychotherapie gemäß diesem Vertrag finden die PTV-Formulare Anwendung. Ein entsprechender Behandlungsplan und die Anforderung der notwendigen Therapiesitzungen für die Durchführung einer Psychotherapie muss - über den zuständigen Truppenarzt - an das SanABw weitergeleitet werden.

Bei einem Antrag auf Durchführung von Langzeittherapie kann durch das SanABw ein ziviler Gutachter eingeschaltet werden. Die Höhe der Gebühren für Gutachten und Obergutachten einschließlich anfallender Kosten richtet sich nach der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Landesverband der Krankenkassen getroffenen Vereinbarung.

Die erforderliche Genehmigung bei Umwandlung von Kurzzeit- in eine Langzeittherapie erteilt ebenfalls das SanABw. Der Truppenarzt überweist den Soldaten mit der Genehmigung des SanABw (vierfach - gleichzeitig Behandlungsausweis) an den Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten.

Die Bundeswehr gewährt auch bei der **psychotherapeutischen Behandlung von Soldaten der Bundeswehr** einen Strukturzuschlag (**GOP 35573**) auf jede antrags- und genehmigungspflichtige Leistung des EBM-Abschnitts 35.2.

- Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung wird der **Zuschlag bereits ab der ersten Einzel- oder Gruppentherapie** gezahlt, dafür aber nur in halber Höhe. Bei einer Einzelthera-

pie zum Beispiel beträgt der Zuschlag 7,35 Euro.

- Die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung von Soldaten, die **nicht gesetzlich krankenversichert** sind, ist in einem speziellen Vertrag für sogenannte sonstige Kostenträger geregelt. So gilt die Psychotherapie-Richtlinie mit ihren neuen Leistungen auch **nicht für diese Gruppe von Patienten**. Die Richtlinie betrifft **nur gesetzlich Versicherte**.

Hinweis:

- Der Strukturzuschlag ist ab der ersten Einzel- oder Gruppentherapie berechnungsfähig.
- Die Bewertung erfolgt mit dem im EBM **ausgewiesenen Punktwert multipliziert mit dem Faktor 0,5**.
- Das heißt: Es wird ein **halber Zuschlag** gewährt, dafür aber bereits **ab der ersten Therapiesitzung**.
- Die Vergütung erfolgt **extrabudgetär**.
- Der Strukturzuschlag wird **automatisch durch die KVB zugesetzt**. Kein gesonderter Eintrag in der Abrechnung durch die Praxis erforderlich.
- Die Regelung zur Probatorik bleibt unverändert. Es können weiterhin fünf Sitzungen beziehungsweise bei analytischer Psychotherapie acht Sitzungen erbracht werden.

Bei Ablehnung der Genehmigung durch das SanABw unterrichtet der Truppenarzt hierüber den zivilen Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten und belehrt den Soldaten aktenkundig über die Ablehnung.

Weitere Informationen zum Vertrag der Bundeswehr, Anlage 4 finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Verträge/sonstige Kostenträger*.

Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Psychotherapie in der gesetzlichen Unfallversicherung

Seit 1. Oktober 2015 ist das Verfahren als Anhang 2 in den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger integriert.

Soweit es zur Mitbehandlung erforderlich ist, sind am **Psychotherapeutenverfahren Beteiligte** hinzuziehen. Zur Hinzuziehung sind nur Durchgangsarzte berechtigt.

Weitere Informationen zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, Anlage 2 finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Verträge/sonstige Kostenträger*.

Asylbewerber/Flüchtlinge

Aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und des Bayerischen Asylvertrags ist die Erbringung von genehmigungspflichtiger Psychotherapie (Abschnitt 35.2) nur mit **vorheriger Genehmigung des zuständigen Sozialamts** zulässig. Die **Antragstellung erfolgt** entsprechend dem Verfahren bei GKV-Patienten **beim Sozialhilfeträger**.

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

Grundlage für die Behandlung gemäß § 4 AsylbLG ist stets ein von der jeweiligen Sozialhilfverwaltung ausgestellter, gültiger Behandlungsschein. Dieser muss folgende Daten enthalten:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- fünfstellige Kasernennummer der Sozialhilfverwaltung

Bitte beachten Sie die individuellen Angaben der Sozialhilfverwaltung, insbesondere hinsichtlich des Leistungsumfangs, Gültigkeitszeitraums und behandelnder Fachrichtung. Aufgrund der Vereinbarung haben wir bayernweit einheitliche Regelungen, insbesondere der Leistungsumfang kann bei außerbayerischen Kostenträger abweichen.

Eine Erleichterung stellt auch dar, dass nur noch einheitliche Behandlungsscheine ausgegeben werden und diese nicht mit der Quartalsabrechnung eingereicht werden müssen.

Bei außerbayerischen Sozialhilfeträgern ist es wichtig, die Originalscheine weiterhin mit der Quartalsabrechnung einzureichen.

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

Hinweise: Ein nochmaliger Ansatz der Mehraufwandspauschale in einem der Folgequartale ist für denselben Patienten nicht möglich. Nicht verwechselt werden mit dem Leistungsanspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG darf die Versorgung von minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen. Diese haben einen Leistungsanspruch der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII, der den Leistungen der GKV entspricht.

Zwischenzeitlich sind für Psychotherapeuten auch Tätigkeiten in [alternativen Versorgungsformen](#) möglich.

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Psychotherapeuten können bei Indikationen in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) tätig werden. So können sie zum Beispiel bei der Behandlung des MARFAN-Syndroms und von Magen-Darm-Tumoren bei medizinischer Notwendigkeit hinzugezogen werden. Weitere Indikationen, die im Rahmen der ASV unter Hinzuziehung von Psychotherapeuten behandelt werden können, werden sukzessive erarbeitet und im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossen.

Informationen zur ASV und allen beschlossenen Anlagen finden Sie unter www.kvb.de/asv.

Praxisnetze

In Praxisnetzen können Psychotherapeuten teilnehmen mit den Zielen:

- Verbesserung der Kommunikation der Ärzte und Psychotherapeuten untereinander
- Optimierung der Versorgung von Patienten im Netz
- Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen wie Krankenhäuser, Apotheken
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte und Psychotherapeuten

Disease-Management-Programme (DMP)

Ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) soll die Versorgung der Patientinnen mit Brustkrebs verbessern. Folgende Merkmale bestimmen das DMP Brustkrebs:

- qualitätsorientierte und patientinnenbezogene Betreuung
- interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufs

Psychotherapeuten können am strukturierten psychotherapeutischen psychoonkologisch orientierten Begleitungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot im DMP Brustkrebs teilnehmen.

Informationen für neu niedergelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten

Welche wichtigen Informationsquellen sind für unsere neu niedergelassenen Mitglieder interessant?

Starterpaket

Im Starterpaket finden Sie Hinweise und Fundstellen, die Sie für die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung benötigen. Dieses Angebot richtet sich in erster Linie an neu zugelassene und angestellte Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten sowie an diejenigen, die von der einen Teilnahmeform in eine andere wechseln. Sie können die einzelnen Dokumente ausdrucken, gegebenenfalls manuell ausfüllen und versenden. Einige andere können Sie auch elektronisch ausfüllen.

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

Mit unserem Informationsangebot auf unserer Internetseite, unseren KVB-Serviceschreiben, dem Mitgliedermagazin KVB FORUM und den KVB INFOS halten wir Sie auf dem Laufenden. Weitere Informationen zum Starterpaket finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/Starterpaket*.

Patenprogramm

Um den Einstieg in die Praxistätigkeit zu erleichtern, stellen wir allen neuen Mitgliedern – ganz gleich ob zugelassen oder angestellt – die erste Zeit einen erfahrenen Berater als Paten zur Seite. Die Teilnahme am Patenprogramm erfolgt für alle neuen Mitglieder automatisch. Dieser Service ist selbstverständlich kostenfrei.

Übersicht der Beratungsleistungen für niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten

- Telefonische Begrüßung und Starterberatung des Mitglieds durch einen erfahrenen Berater
- Erklärung der Online-Themen durch Operative Betreuung Online-Themen (OBOT); insbesondere Online-Zugänge und Abrechnungseinreichung

- Persönliche Beratung vor der ersten Abrechnung durch einen Praxisberater
- Erläuterung der Arzneimittel-Trendmeldung durch Verordnungsberater (entfällt bei Psychotherapeuten)
- Besprechung der Richtigstellung (bei Auffälligkeiten) mit einem Praxisberater nach Erstellung durch die Honorarabteilung
- Besprechung des ersten Honorarbescheids mit einem Praxisberater
- Honoraranalyse nach vier Quartalen durch einen Praxisberater (entfällt bei Psychotherapeuten)
- Beendigung der Patenschaft

Der Paten wird ein individuelles Programm aus den genannten Beratungsthemen, speziell zugeschnitten auf die Praxis und die Bedürfnisse jedes einzelnen Mitglieds, zusammenstellen.

Übersicht der Beratungsleistungen für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

- Telefonische Begrüßung und Starterberatung des angestellten Arztes/Psychotherapeuten durch einen erfahrenen Berater
- Telefonische Beratung des Anstellers
- Erläuterung der Arzneimittel-Trendmeldung durch Verordnungsberater
- bei Bedarf: Beratung zu den Abrechnungsziffern
- Beendigung der Patenschaft

Weitere Informationen zum Patenprogramm finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/Patenprogramm*.

Besondere Genehmigungen

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

Was Sie wissen sollten: Damit Ihnen keine Honorarnachteile entstehen, sollten Sie darauf achten, dass Sie in zeitlichem Zusammenhang mit der Zulassung die notwendigen Genehmigungen für diese Leistungen beantragen beziehungsweise die Teilnahme an Selektivverträgen oder Disease Management Programmen (DMP) erklären. Welche Leistungen genehmigungspflichtig sind, können Sie dem „Überblick Abrechnungsberechtigungen“ (Anlage zum Zulassungsantrag) entnehmen.

Nach ständiger Rechtsprechung können solche Genehmigungen nicht rückwirkend erteilt werden – dies bedeutet, dass Leistungen vor Erteilung der Genehmigung nicht erbracht und abgerechnet werden dürfen und nicht vergütet werden können.

Als Einzelformular finden Sie den „Überblick Abrechnungsberechtigungen“ auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/ Buchstabe „A“/ Abrechnungen/ Abrechnungsberechtigungen*.

Fallzahlmeldung und Antrag auf Abschlagszahlung

- Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende **Vertragsärzte** melden für die ersten zwei Quartale **monatlich** die vorliegende Zahl von Behandlungsausweisen.
- Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende **Psychologische Psychotherapeuten** melden in den ersten zwei Quartalen **monatlich Anzahl und Häufigkeit** der abzurechnenden Gebührenordnungspositionen (GOP).

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass bei der monatlichen Meldung der Anzahl und Häufigkeit nur die Leistungen gemeldet werden, die tatsächlich in dem betreffenden Abrechnungsquartal von Ihnen abgerechnet werden können.

Den Vordruck „Fallzahlmeldung und Antrag auf Abschlagszahlung“ finden Sie im Starterpaket unter www.kvb.de unter der Rubrik *Praxis/ Niederlassung/ Starterpaket*.

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 zu folgenden Zeiten an die Telefonberatung:

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr
Freitag 7.30 bis 14.00 Uhr

Abrechnung

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Unsere Mitarbeiter beraten Sie in jeder KVB-Bezirksstelle auch gerne persönlich. Bitte vereinbaren Sie einen Termin oder nutzen Sie das Kontaktformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Kontakt und Beratung/Präsenzberatung*.

Hinweise:

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

Wird der Begriff Psychotherapeut verwendet, umfasst dieser sowohl Ärztinnen und Ärzte, die Psychotherapie erbringen, sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, als auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München
www.kvb.de

Redaktion:

KVB Mitgliederservice und
Beratung

Gestaltung:

KVB Kommunikation

Titelbild:

Bildmontage: KVB Kommunikation
[iStockphoto.com](https://www.iStockphoto.com)
[iStockphoto.com/AndreasFranke](https://www.iStockphoto.com/AndreasFranke)

Stand:

April 2018