Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

ABRECHNUNGSWEGWEISER FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

In der vorliegenden Broschüre werden zur Vereinfachung ärztliche Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten unter dem Begriff Psychotherapeuten zusammengefasst. In Einzelfällen wird auf spezielle Regeln für einzelne Gruppen hingewiesen.

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

Inhalt

1.	Rechtliche Vorgaben	3
2.	Leistungen der Psychotherapie	5
3.	Videosprechstunde	31
4.	Honorarabrechnung	34
5.	Honorarbescheid	34
6.	Formulare in der Psychotherapie	38
7.	Impressum	39
8.	Anhang	40

1. Rechtliche Vorgaben

Psychotherapie-Richtlinie

Die Psychotherapie-Richtlinie regelt im Wesentlichen die vertragspsychotherapeutische Versorgung und beinhaltet insbesondere ausführliche Informationen über psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen, Antrags- und Genehmigungspflicht sowie Leistungsbewilligung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es 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, der Verhaltenstherapie und der systemischen Therapie. Die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie ist auf der Internetseite www.g-ba.de unter der Rubrik Richtlinien zu finden.

Psychotherapie Vereinbarung

Die Psychotherapie-Vereinbarung ist eine Anlage des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä). Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Anwendung von Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Psychotherapie-Vereinbarung stellt die Durchführungsbestimmung der Richtlinie dar. Hier werden z. B. die erforderlichen Qualifikationen der Psychotherapeuten, der Ablauf des Antragsverfahrens oder die Erteilung der Genehmigungen geregelt. Enthalten sind ab 1. April 2017 u.a. die Regelungen zur Anzeigepflicht (Akutbehandlung) und Rezidivprophylaxe sowie der Wegfall der Gutachterpflicht bei Kurzzeittherapie, wie auch das Formularwesen. Die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag) finden Sie im Internet unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Buchstabe „P“/Psychotherapie-Vereinbarung (Bundesmantelvertrag).

Psychotherapeutengesetz

Dieses Gesetz regelt seit 1999 die Ausübung der Psychotherapie durch ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Beispielsweise wird in Paragraf 26 geregelt, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten junge Erwachsene bis zum 21. Lebensjahr behandeln dürfen. Das Psychotherapeutengesetz ist auf der Internetseite www.gesetze-im-internet.de unter der Rubrik Gesetze und Verordnungen Buchstabe P zu finden.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Grundlage des EBM ist der Paragraf 87 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses. Der EBM gehört zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und wird auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband geschlossen. Nach dem EBM werden ambulante oder belegärztliche Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet.

Aufbau des EBM:
I Allgemeine Bestimmungen
II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen (GOP)
III Arztgruppenspezifische GOP
IV Arztgruppenübergreifende spezielle GOP
V Kostenpauschalen
VI Anhänge

Die einzelnen Leistungen sind im EBM mit Punkten bewertet, die im Zusammenspiel mit dem jeweils gültigen Orientierungswert (OW) die Grundlagen der Vergütung darstellen. Jedem Kapitel des EBM ist eine Präambel vorangestellt. Diese erklärt die speziellen Bedingungen des Abrechnungs-

bereichs. Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie rechnen nach den Kapiteln 22 und 35 des EBM, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Kapiteln 23 und 35 ab. In den Kapiteln 22 und 23 sind z. B. die Grundpauschalen, Zuschläge und Gesprächsleistungen aufgeführt.

Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

Der BMV-Ä ist ein Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband mit bindender Wirkung für Krankenkassen, Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Er gilt bundeseinheitlich und beinhaltet die Durchführungsbestimmungen vieler gesetzlicher Regelungen, wie z. B. allgemeine Regeln zu den Abrechnungsgrundlagen. Der BMV-Ä ist auf der Internetseite www.kbv.de unter der Rubrik Service/Rechtsquellen/Verträge zu finden.

SGB V

Im SGB V sind die Zuständigkeiten der gesetzlichen Krankenkassen, die Organisation und der Umfang des Leistungsanspruchs sowie die Rechtsbeziehungen zu weiteren Leistungserbringern wie Psychotherapeuten, Ärzten, Zahnärzten und Apothekern festgeschrieben. Das SGB V regelt maßgeblich das Zusammenspiel von Versicherungspflicht, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesamtvergütung im Gesundheitswesen. Hier wird unter anderem geregelt, dass gesetzlich Versicherte Anspruch auf eine Psychotherapie gemäß den Richtlinien für Psychotherapie haben (Paragraf 11 in Verbindung mit Paragraf 28 Abs. 1 und 3 SGB V). Das SGB V ist auf der Internetseite www.gesetze-im-internet.de unter der Rubrik Gesetze und Verordnungen/ Buchstabe S zu finden.

Honorarabrechnungsordnung (HAO)

Die HAO regelt das Abrechnungsverfahren für honoraranspruchsberechtigte Vertragsärzte und Psychotherapeuten gemäß gesetzlicher, vertraglicher und KV-bereichseigener Bestimmungen. Zum Beispiel sind darin die zeitlichen Abläufe zur Einreichung der Abrechnungsunterlagen festgehalten. Die HAO ist auf der Internetseite www.kvsh.de unter der Rubrik Praxis/Rechtsquellen/HAO hinterlegt

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Der HVM regelt die Verteilung der Gesamtvergütung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und Psychotherapeuten für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Der HVM ist auf der Internetseite www.kvsh.de unter der Rubrik Praxis/ Rechtsvorschriften/ HVM hinterlegt

2. Leistungen der Psychotherapie

a. Abrechnung von A bis Z

Akutbehandlung

Die Akutbehandlung 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.
Die Durchführung der Akutbehandlung ist auch per Videosprechstunde möglich. Der Therapeut hat dafür Sorge zu tragen, Regelungen zum Vorgehen bei gegebenenfalls aufkommender Eigen- oder Fremdgefährdung zu treffen. Es gelten die allgemeinen Voraussetzungen zur Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen per Videosprechstunde (siehe Kapitel 3, Videosprechstunde).
Die Akutbehandlung kann als Einzeltherapie bis zu 24-mal á 25 Minuten im Krankheitsfall (vier Quartale) durchgeführt werden (maximal 600 Minuten, Mindesteinheit: 25 Minuten), bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung bis zu 30-mal, wenn die Bezugspersonen einbezogen werden (maximal 750 Minuten, Mindesteinheit: 25 Minuten).
Die Akutbehandlung ist nicht genehmigungspflichtig, die Krankenkasse muss aber informiert werden. Für die Anzeige verwenden Therapeuten das Formular PTV 12 (siehe Kapitel 6, Formulare).
Soll nach der Akutbehandlung eine Richtlinientherapie erfolgen, sind mindestens zwei probatorische Sitzungen nötig. Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit den Stunden der Kurz- oder Langzeittherapie zu verrechnen.
Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und damit ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis. Dauert die Akutbehandlung 50 Minuten, kann die GOP 35152 zweimal am Behandlungstag abgerechnet werden. Die Gebührenordnungsposition 35152 ist im Krankheitsfall höchstens 24-mal und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sowie bei Versicherten mit einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 30-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Sie kann bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und bei Versicherten mit einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) im Krankheitsfall bis zu 4-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit der oder des Versicherten stattfinden.

GOP	Bewertung (je vollendete 25 Minuten)
35152	472 Punkte

Anfragen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Nach Paragraf 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V und Paragraf 36 BMV-Ä ist ein Psychotherapeut verpflichtet, gegenüber den Krankenkassen oder dem MDK Auskünfte zu erteilen, die diese zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben gemäß Paragrafen 275 und 276 Abs. 2 SGB V benötigen. Es sind vom Psychotherapeuten nur Daten zu übermitteln, die für eine gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich sind. Für diese Informationen wurden gesetzliche Vordrucke erstellt. Die entsprechenden Gebührenordnungspositionen zur Vergütung sind auf den Vordrucken vermerkt.

Antragsstellung zu Verfahrensformen

Bei einem Erstantrag auf Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) oder Langzeittherapie erfolgt die Antragsstellung im Rahmen von mindestens zwei vorausgehenden probatorischen Sitzungen unter Angabe der Sprechstundentermine (Formular PTV 1). Eine Antragsstellung ist bei Terminierung der zweiten probatorischen Sitzung möglich. Probatorische Sitzungen können auch nach Antragsstellung bis zum Beginn der Therapie bis zur Höchstgrenze durchgeführt werden. Eine Antragsstellung auf Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) ist nach sieben durchgeführten Therapieeinheiten der KZT 1 möglich. Spätestens mit der achten Therapieeinheit der KZT 2 kann eine Umwandlung von Kurzzeit- in Langzeittherapie erfolgen. Um eine nahtlose Weiterbehandlung zu gewährleisten, sollte die Umwandlung mindestens vier Wochen vor Ende der Kurzzeittherapie stattfinden.

VERSORGUNGSANGEBOT				BEWILLIGUNGSSCHRITTE FÜR EINZELTHERAPIE / GRUPPENTHERAPIE BEI ERWACHSENEN IN THERAPIEEINHEITEN*		
				SCHRITT 1	SCHRITT 2	ERLÄUTERUNGEN
Sprechstunde › bis zu 6 x à 25 Min. › Einheiten von 25 oder 50 Min. › 50 Min. Sprechstunde verpflichtend für weitere psychotherapeutische Behandlung	**Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** › bis zu 8 x à 50 Min. › Einheiten von 50 oder 100 Min.			**bis zu 4** anzeigefrei, antragsfrei	-	Zur Vorbereitung auf Gruppentherapie; keine Anrechnung auf nachfolgende Kontingente.
	Akutbehandlung › bis zu 24 x à 25 Min. › Einheiten von 25 oder 50 Min. › Systemische Therapie: Mehrpersonensetting möglich			**bis zu 12** anzeigepflichtig	-	Akutbehandlungsstunden werden mit ggf. folgender Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet.
	Probatorik › verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie › 2 bis 4 x à 50 Min. › Systemische Therapie: Mehrpersonensetting möglich	**Kurzzeittherapie** (AP, ST, TP, VT)		**bis zu 12** antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	**bis zu 24** antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachtenpflichtig.
		Langzeittherapie	**Analytische Psychotherapie (AP)**	**bis zu 160 / 80** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 300 / 150** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	**Rezidivprophylaxe** Ein begrenzter Anteil bewilligter Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann 2 Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Übermittlung des Therapieendes durch Therapeutin/Therapeut über Zusatzziffer erforderlich).
			Systemische Therapie (ST)	**bis zu 36** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 48** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
			Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	**bis zu 60** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 100 / 80** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
			Verhaltenstherapie (VT)	**bis zu 60** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 80** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
	Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Präventionskurse, Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatungsstelle)					

www.kbv.de/psychotherapie

*1 Therapieeinheit = 50 Min. in der Einzeltherapie oder 100 Min. in der Gruppentherapie

<table>
<tr><th colspan="4" rowspan="2">VERSORGUNGSANGEBOT</th><th colspan="3">BEWILLIGUNGSSCHRITTE FÜR EINZELTHERAPIE / GRUPPENTHERAPIE
BEI KINDERN (K) UND JUGENDLICHEN (J) IN THERAPIEEINHEITEN*</th></tr>
<tr><th>SCHRITT 1</th><th>SCHRITT 2</th><th>ERLÄUTERUNGEN</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Sprechstunde
› bis zu 10 x à 25 Min.
› Einheiten von 25 und 50 Min.
› 50 Min. Sprechstunde verpflichtend für weitere psycho-therapeutische Behandlung</td><td colspan="3">Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung
› bis zu 8 x à 50 Min., zusätzlich bis zu 2 x à 50 Min. bei Einbeziehung von Bezugspersonen
› Einheiten von 50 oder 100 Min.</td><td>bis zu 5
anzeigefrei, antragsfrei</td><td>-</td><td>Zur Vorbereitung auf Gruppentherapie; keine Anrechnung auf nachfolgende Kontingente.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Akutbehandlung
› bis zu 24 x à 25 Min. oder bis zu 30 x à 25 Min. bei Einbeziehung von Bezugspersonen
› Einheiten von 25 oder 50 Min.</td><td>bis zu 12
anzeigepflichtig</td><td>-</td><td>Akutbehandlungsstunden werden mit ggf. folgender Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Probatorik
› verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeit-therapie
› 2 bis 6 x 50 Min.</td><td colspan="2">Kurzzeittherapie
(AP, TP, VT)</td><td>bis zu 12
antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig</td><td>bis zu 24
antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig</td><td>Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachtenpflichtig.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Langzeit-therapie</td><td>Analytische Psychotherapie (AP)</td><td>K: bis zu 70 / 60
J: bis zu 90 / 60
antrags- und gutachtenpflichtig</td><td>K: bis zu 150 / 90
J: bis zu 180 / 90
antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</td><td rowspan="3">Rezidivprophylaxe
Ein begrenzter Anteil bewilligter Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann 2 Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Übermittlung des Therapieendes durch Therapeutin/Therapeut über Zusatzziffer erforderlich).</td></tr>
<tr><td>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)</td><td>K: bis zu 70 / 60
J: bis zu 90 / 60
antrags- und gutachten-pflichtig</td><td>K: bis zu 150 / 90
J: bis zu 180 / 90
antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</td></tr>
<tr><td>Verhaltenstherapie (VT)</td><td>bis zu 60
antrags- und gutachtenpflichtig</td><td>bis zu 80
antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">Für die Einbeziehung von Bezugspersonen in der AP, TP oder VT stehen zusätzliche Therapieeinheiten zur Verfügung. Das Verhältnis der Therapieeinheiten für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche beträgt in der Regel 1:4.</td></tr>
<tr><td colspan="5">Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. schulpsychologische Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie)</td></tr>
</table>

www.kbv.de/psychotherapie

*1 Therapieeinheit = 50 Min. in der Einzeltherapie oder 100 Min. in der Gruppentherapie

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Psychotherapeuten können bei Indikationen in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) tätig werden. Sie können 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 nach und nach erarbeitet und dann vom Gemeinsamen Bundesausschuss beraten und beschlossen. Über den Newsletter und die Homepage der KVSH werden Sie über beschlossene neue Indikationen informiert. Im Übrigen erhalten Sie Informationen zur ASV und allen beschlossenen Anlagen unter www.kvb.de/asv.

Anerkennungsbescheid der Krankenkassen

Um Rückzahlungen bzw. Regresse zu vermeiden, wird empfohlen, auf den Anerkennungsbescheid der Krankenkasse zu warten und die Bearbeitungszeit im Antrags- und Genehmigungsverfahren mit Hilfe der probatorischen Sitzungen sowie des psychotherapeutischen Gesprächs gemäß der Ziffer 22220 bzw. 23220 EBM zu überbrücken.

Ausstellung von Arbeitsunfähigkeit

Das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeit ist eine vertragsärztliche Leistung und somit durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht zulässig.

Behandlungsfrequenz

Die Behandlungsfrequenz ist in der Psychotherapie-Richtlinie (Paragraf 23 Absatz 1) festgelegt. Demnach ist Psychotherapie auf maximal drei Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten.
Eine durchgehend hochfrequente Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinie keine Anwendung finden. Bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung kann es sich jedoch als notwendig erweisen, gegebenenfalls einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen, um eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten. Der entsprechende Abschnitt darf nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen. Die Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen.

Berichtspflicht

Die Berichtspflicht für den Psychotherapeuten zu den antragspflichtigen Leistungen (EBM Abschnitt 35.2) gegenüber dem überweisenden Hausarzt besteht nur, wenn der Patient dem zugestimmt hat (vgl. Paragraf 73 Absatz 1b SGB V). Die Berichtspflicht ist erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Brief an den Hausarzt erfolgt (Allgemeine Bestimmungen 2.1.4 EBM).

Bezugspersonen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist es häufig notwendig, Gespräche unter psychodynamischen bzw. verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten mit Einbeziehung von Bezugspersonen in das Therapiekonzept zu führen. In der Begründung zum Antrag ist anzugeben, ob und in welchem Umfang eine solche Einbeziehung der Bezugspersonen als notwendig angesehen wird. Die für diese Einbeziehung vorgesehene Stundenzahl soll ein Verhältnis von 1:4 zur Stundenzahl des Patienten möglichst nicht überschreiten. Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Stundenzahl ist der Stundenzahl für die Behandlung des Patienten hinzuzurechnen. Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten, ist dies zu begründen. Wird hierfür eine höhere Stundenzahl bewilligt, so reduziert sich die Stundenzahl für die Behandlung des Patienten entsprechend. Stellt sich im Verlauf der Einbeziehung von Bezugspersonen heraus, dass eine Psychotherapie der Bezugsperson notwendig ist, bedarf es dafür eines eigenen Antrags. Soll die

Einbeziehung der Bezugsperson bzw. Bezugspersonen in Gruppen durchgeführt werden, darf ein Verhältnis von 1:2 zur Stundenzahl des Patienten nicht überschritten werden. Die genehmigten Doppelstunden für die Gruppenbehandlung werden der Stundenzahl für die Behandlung des Patienten hinzugerechnet. Die Einbeziehung der Bezugsperson bzw. Bezugspersonen ohne eine in denselben Zeitabschnitt fallende, parallellaufende Behandlung des Patienten ist nicht zulässig.

Biofeedback-Behandlung

Die Biofeedback-Behandlung ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie wurde 2015 in das Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen (Anhang 4) des EBM aufgenommen.

Diagnosekodierung

Krankheiten (Diagnosen) werden mithilfe der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) verschlüsselt. Zurzeit wird in Deutschland die 10. Revision der ICD verwendet, angepasst an deutsche Verhältnisse (German Modifikation): ICD-10-GM. Mit ihr lassen sich prinzipiell alle Krankheiten, Verdachtsfälle und Zustände abbilden. Die ICD-10-GM ist im Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Nach Paragraf 295 SGB V sind Diagnosen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Abrechnungsunterlagen für vertragsärztliche Leistungen nach der ICD-10-GM zu verschlüsseln. Für die sachgerechte Kodierung ist der Arzt/Psychotherapeut verantwortlich, der den Patienten behandelt hat, unabhängig davon, ob er oder eine von ihm beauftragte Person die Kodierung vornimmt. Herausgeber ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Doppelstunden

Im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie können Behandlungen als Einzeltherapie des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiver Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen nach Paragraf 9 durchgeführt werden. Bei der Psychotherapie von Erwachsenen mit Ausnahme von Menschen mit einer geistigen Behinderung werden die entsprechenden Stunden auf das Gesamtkontingent angerechnet.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei posttraumatischen Belastungsstörungen

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist eine psychotherapeutische Behandlungsmethode, die die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen ermöglichen kann. Posttraumatische Belastungsstörungen werden vor allem durch traumatische Erlebnisse wie zum Beispiel Kriegserfahrungen, sexuellen Missbrauch und Gewalt oder durch schwere Unfälle ausgelöst. Kernstück der EMDR-Behandlung ist ein Prozess, bei dem Erinnerungen an traumatische Erlebnisse von rhythmischen Bewegungs-, Gehör- oder Berührungsimpulsen (zum Beispiel Augenbewegungen, Klopfen der Hände, rhythmischen Schallreizen) begleitet werden. Mit Beschluss vom 16. Oktober 2014 wurde die Methode der EMDR als neue GKV-Leistung zur Behandlung Erwachsener mit Posttraumatischen Belastungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Methode muss jedoch in ein umfassendes Behandlungskonzept der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der analytischen Psychotherapie eingebunden sein.

Expositionsbehandlung

Expositionsbehandlungen können in der Verhaltenstherapie auch als Mehrfachsitzungen drei- oder viermal zum Ansatz gebracht werden.

Fortbildung

Fortbildungspflicht im Sinne des Paragrafen 95d SGB V verlangt vom Psychotherapeuten innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren gegenüber seiner für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass er dieser Pflicht nachgekommen ist. Wird der Fortbildungsnachweis nicht erbracht, führt dies nach Ablauf der

Fünf-Jahres-Frist zu einer Honorarkürzung. Informationen sind auf der Internetseite www.kvsh.de unter der Rubrik Praxis- Qualität und Fortbildung - Fortbildungspflicht nach Paragraf 95d SGB V hinterlegt.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist ein psychotherapeutisches Angebot in der Gruppe für Patienten, bei denen in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie festgestellt wurde.
Sie dient der strukturierten Vermittlung und weiteren Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie auch mit dem Ziel, individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte, insbesondere gegenüber Psychotherapie in Gruppen, abzubauen und die Motivation zur Teilnahme an einer Gruppentherapie aufzubauen und zu stärken.
Hierbei werden Informationen über die für die Gruppenmitglieder relevanten psychischen Störungen und deren Entstehungsbedingungen und Einflussfaktoren vermittelt, ein individuelles Krankheitsverständnis und der individuelle Umgang mit entsprechenden Symptomen, Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen erarbeitet und mögliche Fragen der Patienten zu psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung bearbeitet.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann viermal je Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten Dauer (insgesamt bis zu 400 Minuten), auch in Einheiten von 50 Minuten (Kennzeichnung mit Suffix „H“) mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl, erbracht werden.
Für den Fall der Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen kann die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 500 Minuten) erbracht werden; die Einbeziehung der Bezugspersonen kann auch ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.
Dies gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Gruppengröße umfasst mindestens drei bis höchstens neun Patienten.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist keine Richtlinientherapie und wird nicht auf die Therapiekontingente gemäß § 29 und § 30 der Psychotherapie-Richtlinie angerechnet.
Sie ist anzeige-, antrags- und genehmigungsfrei. Der Konsiliarbericht oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung sind nicht obligatorisch zur Inanspruchnahme.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann aufgrund ihrer von den probatorischen Sitzungen abweichenden inhaltlichen Zielsetzung diese nicht ersetzen. Vor dem Beginn einer sich anschließenden Richtlinientherapie sind mindestens zwei probatorische Sitzungen zu erbringen.

Genehmigungsvoraussetzungen: Das Genehmigungsverfahren für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung wurde an das bisherige Genehmigungsverfahren für die Gruppentherapie in den Richtlinienverfahren gekoppelt. Die fachliche Befähigung für die Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen gilt als nachgewiesen, wenn eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) für Gruppentherapie in einem der Richtlinienverfahren vorliegt.
Sind Therapeuten nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen, so gilt diese Einschränkung auch für die neuen Leistungen.

Für die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung wurde ein neuer Komplex in den EBM-Abschnitt 35.1 aufgenommen, hier wurden die GOP 35173 bis 35179 – für drei bis neun mögliche Sitzungsteilnehmer – festgelegt. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und damit ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis.

GOP	Gruppengröße	Bewertung
35173	3 Teilnehmer/innen	935 Punkte / 107,45 Euro
35174	4 Teilnehmer/innen	788 Punkte / 90,55 Euro
35175	5 Teilnehmer/innen	700 Punkte / 80,44 Euro
35176	6 Teilnehmer/innen	641 Punkte / 73,66 Euro
35177	7 Teilnehmer/innen	598 Punkte / 68,72 Euro
35178	8 Teilnehmer/innen	568 Punkte / 65,27 Euro
35179	9 Teilnehmer/innen	543 Punkte / 62,40 Euro

Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung

Gruppentherapien sind nach der Psychotherapie-Richtlinie in allen Verfahren mit drei bis neun Teilnehmern möglich – bei Erwachsenen sowie bei Kindern- und Jugendlichen. Gruppentherapie mit mehr Teilnhemern (ab 6 bis 14 Patienten) sind möglich, wenn zwei Therapeuten die Gruppentherapie durchführen. Einzel- und Gruppentherapie können kombiniert werden.

Antragstellung bei Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

Antrag eines Therapeuten: Bei der Beantragung einer Therapie kreuzt der Therapeut auf dem PTV 2 an, ob ausschließlich Einzeltherapie, Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung vorgesehen ist.
Bei einer Kombinationsbehandlung muss wiederum angegeben werden, welches die überwiegend durchgeführte Anwendungsform ist und ob die Behandlung gegebenenfalls durch zwei Therapeuten erfolgt.

Antrag von zwei Therapeuten

Sind zwei Therapeuten beteiligt, füllen beide jeweils ein Formular PTV2 aus und fügen es dem Antrag des Versicherten (einmal PTV 1 ausreichend) bei.

Beispiel:

- Zwei Therapeuten beantragen eine Kombinationsbehandlung in der Verhaltenstherapie – als Langzeittherapie mit 60 Therapieeinheiten. Beide Therapeuten geben hierzu auf dem PTV 2 das gleiche Behandlungssetting an (z.B. „Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie“).
- Einzeltherapeut A führt darüber hinaus seine individuell beantragten Therapieeinheiten auf (z.B. 20 Therapieeinheiten in der Einzelbehandlung); Gruppentherapeut B „seine“ Therapieeinheiten (z.B. 40 Therapieeinheiten in der Gruppenbehandlung).

Keine Begutachtung bei überwiegend Gruppe

Anträge auf Gruppentherapie oder Anträge auf eine Kombination aus überwiegend durchgeführter Gruppentherapie mit Einzeltherapie werden in der Regel nicht mehr begutachtet. Überwiegend bedeutet, dass mehr als die Hälfte der beantragten Therapieeinheiten im Gruppensetting erfolgen soll. Eine Begutachtung in Einzelfällen (z. B. wenn die vorherige Psychotherapie vor weniger als zwei Jahren beendet wurde) ist jedoch nach wie vor auch in der Gruppentherapie oder in der Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie (in beiden Varianten) möglich.

Kombination von Einzel- und Gruppentherapie

Psychotherapie kann nicht nur als Einzel- und Gruppentherapie, sondern auch als Kombinationstherapie Anwendung finden. Dabei ist es möglich, während einer laufenden Behandlung das Verhältnis der Stunden zwischen Einzel- und Gruppentherapie zu ändern. Folgendes ist dabei zu beachten:

Ein Therapeut behandelt

Bleibt die überwiegende Anwendungsform bestehen, überwiegt also beispielsweise weiterhin die Einzeltherapie, ist weder ein erneuter Antrag noch eine Anzeige notwendig.

Ändert sich die überwiegende Anwendungsform, genügt bei der Kurzzeittherapie eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse, bei der Langzeittherapie ist ein erneuter 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 Anzeige bei der Krankenkasse. Andernfalls ist ein neuer gemeinsamer Antrag erforderlich.

Kombinationsbehandlung und Gruppentherapie durch zwei Therapeuten

Gruppentherapie kann ab sechs Patienten gemeinsam durch zwei Therapeuten mit jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) durchgeführt werden.

Bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie durch zwei Therapeuten ist eine Gruppengröße bis höchstens 14 Patienten zulässig. Ein Therapeut hat mindestens drei und maximal neun Bezugspatienten in hauptverantwortlicher Behandlung.

Die hauptverantwortliche Behandlung umfasst neben der Gruppenbehandlung insbesondere die Tätigkeit als Ansprechpartner in allen Fragen zur Behandlung, die Durchführung der probatorischen Sitzungen, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und der Beantragung der Behandlung sowie die schriftliche Dokumentation (bei Kombinationsbehandlung auch für das Ausfüllen des Formulars PTV 2).

Die gemeinsame Durchführung von Gruppentherapien und probatorischen Sitzungen im Gruppensetting durch zwei Therapeuten muss durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung 88135 dokumentiert werden.

Gruppenpsychotherapeutische Leistungen außerhalb der Praxisräume

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Gruppentherapie und probatorische Sitzungen im Gruppensetting können auch außerhalb der eigenen Praxisräume in anderen geeigneten Räumlichkeiten stattfinden.

Dies können insbesondere die Praxisräume der beiden beteiligten Therapeuten sein, die eine Gruppentherapie in Paarleitung durchführen. Kassenärztliche Vereinigungen können damit die Leistungserbringung an anderen Orten für die oben genannten Leistungen ermöglichen.

Gruppenpsychotherapeutische Leistungen per Videosprechstunde

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und Gruppenpsychotherapien können mit maximal acht Teilnehmern, einschließlich Patienten und gegebenenfalls einzubeziehender Bezugspersonen, per Videosprechstunde durchgeführt werden.

Gruppenpsychotherapien per Videosprechstunde sind nur durch einen Therapeuten durchführbar.

Teil-nehmende	Analytische Psychotherapie		
	KZT GOP	LZT GOP	Bewertung (je Teilnehmer/100 Min.)
3	35523	35533	935 Punkte
4	35524	35534	788 Punkte
5	35525	35535	700 Punkte
6	35526	35536	641 Punkte
7	35527	35537	598 Punkte
8	35528	35538	568 Punkte
9	35529	35539	543 Punkte

Teil-nehmende	Systemische Therapie		
	KZT GOP	LZT GOP	Bewertung (je Teilnehmer/100 Min.*)
3	35703	35713	935 Punkte
4	35704	35714	788 Punkte
5	35705	35715	700 Punkte
6	35706	35716	641 Punkte
7	35707	35717	598 Punkte
8	35708	35718	568 Punkte
9	35709	35719	543 Punkte

Teil-nehmende	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		
	KZT GOP	LZT GOP	Bewertung (je Teilnehmer/100 Min.)
3	35503	35513	935 Punkte
4	35504	35514	788 Punkte
5	35505	35515	700 Punkte
6	35506	35516	641 Punkte
7	35507	35517	598 Punkte
8	35508	35518	568 Punkte
9	35509	35519	543 Punkte

Teil-nehmende	Verhaltenstherapie		
	KZT GOP	LZT GOP	Bewertung (je Teilnehmer/100 Min.*)
3	35543	35553	935 Punkte
4	35544	35554	788 Punkte
5	35545	35555	700 Punkte
6	35546	35556	641 Punkte
7	35547	35557	598 Punkte
8	35548	35558	568 Punkte
9	35549	35559	543 Punkte

* In allen Verfahren sind auch Sitzungen von mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig (Kennzeichnung mit einem Zusatzkennzeichen (Buchstabe/Suffix) siehe Tabelle auf Seite 30). In diesem Fall halbiert die Kassenärztliche Vereinigung die Punktzahl.

Gutachterverfahren

Das Gutachterverfahren dient dazu, festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und in der Psychotherapie-Vereinbarung niedergelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. Diese Prüfung wird durch einen Gutachter durchgeführt, der nach Paragraf 12 der Psychotherapie-Vereinbarung bestellt ist.

Hausbesuche

Eine Psychotherapie findet grundsätzlich in den Praxisräumen statt. Ausnahmen können nur durch eine besondere Situation des Patienten im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung entstehen, wenn der Patient nicht in der Lage ist, die eigenen Wohnräume zu verlassen, z. B. bei schwerer Phobie, Zwangserkrankung oder einer anderen schweren Erkrankung.

Kassenanfragen

Der Vertragsarzt/-psychotherapeut ist nach § 73 Absatz 2 SGB V und nach § 36 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) befugt und verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkasse zu übermitteln. Für schriftliche Informationen werden Vordrucke vereinbart. Vereinbarte Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte sind ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen auszustellen, es sei denn, dass eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde. Der Vordruck enthält einen Hinweis darüber, ob die Abgabe der Information gesondert vergütet wird oder nicht. Gutachten und Bescheinigungen mit gutachtlichen Fragestellungen, für die keine Vordrucke vereinbart wurden, sind nach den Leistungspositionen des EBM zu vergüten. (siehe z.B. Gebührenordnungspositionen 01610 bis 01624 EBM)

Kassenwechsel

Wechselt der Patient während einer laufenden Psychotherapie die Krankenkasse, so ist von der neuen Krankenkasse ein neuer Bewilligungsbescheid einzuholen. Hierzu muss der Psychotherapeut Kontakt zu der neuen Krankenkasse des Patienten aufnehmen und mitteilen, wie viele genehmigte Sitzungen noch nicht erbracht worden sind. In der Regel übernimmt die neue Krankenkasse ohne erneutes Antrags- und Genehmigungsverfahren die Behandlung.

Kennzeichnungspflicht

Gemäß § 44 Absatz 6 BMV-Ä sind bei der Berechnung der Gebührenordnungspositionen unter der Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten arztbezogen zu kennzeichnen.

Konsiliarbericht

Zur Einholung des Konsiliarberichts überweist der Psychologische Psychotherapeut oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut spätestens nach Beendigung der Probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinientherapie gemäß § 15 den Patienten an einen Konsiliararzt. Auf der Überweisung ist dem Konsiliararzt eine kurze Information über die von ihm erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie zu übermitteln. Der Konsiliararzt hat den Konsiliarbericht nach Anforderung durch den Therapeuten nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen. Der Bericht ist dem Therapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.

Der Konsiliarbericht enthält folgende Angaben:

1. Aktuelle Beschwerden des Patienten,
2. psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes),
3. im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevante anamnestische Daten,
4. zu einer gegebenenfalls notwendigen psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Abklärung,
5. relevante stationäre und/oder ambulante Vor- und Parallelbehandlungen inklusive gegebenenfalls laufende Medikation,
6. medizinische Diagnose(n), Differential- und Verdachtsdiagnose(n),

7. Ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen,
8. zu ggf. erforderlichen weiteren ärztlichen Untersuchungen, und
9. zu ggf. bestehenden Kontraindikationen für die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Der Konsiliararzt teilt der Krankenkasse nur die für ihre Leistungsentscheidung notwendigen Angaben mit. Ist eine Psychotherapie nach Auffassung des Konsiliararztes kontraindiziert und wird dennoch ein entsprechender Antrag gestellt, so veranlasst die Krankenkasse eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.
Zur Abgabe des Konsiliarberichtes sind alle Vertragsärzte mit Ausnahme der folgenden Arztgruppen berechtigt: Laborärzte, Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen sowie Ärzte für Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Humangenetik. Abweichend hiervon sind für die Abgabe eines Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern folgende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte berechtigt: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für Innere Medizin und für Allgemeinmedizin sowie praktische Ärzte.

Krisenintervention

Um eine möglichst zeitnahe Versorgung für Opfer von Gewalt, Unfällen oder Katastrophen in Schleswig-Holstein sicherzustellen, hat die KVSH den Psychotherapeutischen Notdienst eingerichtet. Mit diesem Dienst kann die KVSH den Erst-Einsatzkräften der psychosozialen Notfallversorgung (den Feuerwehrleuten, Rettungssanitätern, Notfallseelsorgern und anderen Einsatzkräften in Schleswig- Holstein) das Angebot machen, sich im Bedarfsfall an die Leitstelle der Notdienstabteilung der KVSH zu wenden und für Opfer von Gewalt oder Beteiligte eines Unfalls, die sie im Rahmen ihres Einsatzes versorgt haben, zeitnah eine psychotherapeutische Versorgung zu vermitteln. Der Kontakt zum Psychotherapeutischen Notdienst und die Vermittlung durch die Leitstelle der Notdienstabteilung erfolgt ausschließlich über eine eigens dafür eingerichtete Telefonnummer, die wiederum ausschließlich für Akteure im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung (Notfallseelsorge, Krisenintervention etc.) zugänglich ist und nur in den oben genannten Notfallsituationen Anwendung findet.

Mehrpersonensetting

In der Systemischen Therapie bei Erwachsenen darf auch das Mehrpersonensetting durchgeführt werden. Das Mehrpersonensetting kann in der Einzel- und in der Gruppentherapie durchgeführt werden.
Hier kommen Spezifika dieses Psychotherapieverfahrens zum Tragen: Für die Erkrankung bedeutsame Beziehungen und Interaktionen, zum Beispiel zwischen einem Patienten und dem Familiensystem, können in diesem Setting besprochen und verändert werden. Das Familiensystem geht in die Therapiesitzungen mit ein.
Das Mehrpersonensetting geht damit über die auch in den anderen Psychotherapieverfahren mögliche Einbeziehung von Bezugspersonen hinaus, die den Fokus auf Beratung und Begleitung der Psychotherapie des Patienten legt.

Patientenakte

Auf Verlangen müssen Vertragsärzte und Psychotherapeuten ihren Patienten die vollständige Patientenakte vorlegen. Dies ist in Paragraf 630g BGB geregelt. Patienten haben keinen Anspruch darauf, Originalunterlagen aus der Praxis mitzunehmen. Ausdrucke aus der elektronischen Patientenakte oder Kopien darf der Patient mitnehmen. Die Kosten für die Kopien übernimmt der Patient. Subjektive Aufzeichnungen des Vertragsarztes oder des Psychotherapeuten sind Bestandteil der Patientenakte und müssen ebenfalls offengelegt werden. Die Einsicht kann lediglich aus wichtigen therapeutischen Gründen verweigert werden.

Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Die Psychotherapeutische Sprechstunde wird der Grundversorgung zugerechnet. Damit kann die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) inklusive des Zuschlags auch bei dieser Leistung abgerechnet werden (GOP 22216, 22218, 23216, 23218).
Die PFG, inklusive Zuschlag, wird einmal im Quartal zur Grundpauschale zugesetzt und zwar für jeden Behandlungsfall, bei dem der Arzt oder Psychotherapeut ausschließlich grundversorgend tätig ist und keine weitergehenden Leistungen durchführt. Zu den Leistungen der Grundversorgung in der Psychotherapie gehören neben der Psychotherapeutischen Sprechstunde die probatorische Sitzung, die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, die biographische Anamnese, psychodiagnostische Testverfahren und die psychotherapeutischen Gespräche der Fachkapitel.

Probatorische Einzel- und Gruppensitzungen

Vor einer Kurz- oder Langzeittherapie finden mindestens zwei probatorische Sitzungen statt – möglich sind bis zu vier bei Erwachsenen und bis zu sechs bei Kindern und Jugendlichen. Dies gilt auch, wenn eine Sprechstunde und/oder Akutbehandlung durchgeführt wurde.
Ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie ist bereits nach der ersten probatorischen Sitzung möglich, wenn für die zweite Sitzung ein Termin vereinbart ist. Die restlichen probatorischen Sitzungen können bis zum Beginn der beantragten Richtlinientherapie durchgeführt werden.

Probatorische Sitzungen im Krankenhaus

Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Für den Mehraufwand können zusätzlich zu den probatorischen Sitzungen auch die Besuchsziffern (01410 „Besuch eines Kranken“ bzw. 01413 „Besuch eines weiteren Kranken“) abgerechnet werden. Dies ist mit der Angabe des Suffixes „K“ zu dokumentieren.

Probatorische Sitzungen im Gruppensetting

Sofern sich eine Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie anschließen soll, können probatorische Sitzungen auch im Gruppensetting stattfinden. Mindestens eine probatorische Sitzung muss im Einzelsetting stattfinden.
Es müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting durchgeführt werden, wenn bei demselben Therapeuten keine psychotherapeutische Sprechstunde mit insgesamt mindestens 50 Minuten durchgeführt wurde. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen möglich.

Dies gilt entsprechend für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Zudem ist erlaubt, dass Gruppentherapie-Patienten und Gruppen-Probatorik-Patienten gleichzeitig in gemischten Gruppensitzungen behandelt werden können.

Abrechnung im Einzelsetting

Die Abrechnung der probatorischen Sitzung im Einzelsetting erfolgt über die GOP 35150. Sie kann bei Erwachsenen maximal 4-mal, bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und bei Versicherten mit einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 6-mal im Krankheitsfall (= vier Quartale) abgerechnet werden.

GOP	Bewertung (je vollendete 50 Minuten)
35150	709 Punkte

Gruppensetting

Für probatorische Sitzungen im Gruppensetting gibt es den EBM-Abschnitt 35.1 mit den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 EBM – für drei bis neun mögliche Sitzungsteilnehmer.

GOP	Gruppengröße	Bewertung
35163	3 Teilnehmer	704 Punkte / 78,32 Euro
35164	4 Teilnehmer	594 Punkte / 66,08 Euro
35165	5 Teilnehmer	528 Punkte / 58,74 Euro
35166	6 Teilnehmer	483 Punkte / 53,73 Euro
35167	7 Teilnehmer	451 Punkte / 50,17 Euro
35168	8 Teilnehmer	428 Punkte / 47,61 Euro
35169	9 Teilnehmer	409 Punkte / 45,50 Euro

Die Vergütung erfolgt unbefristet außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für

- Psychotherapeuten,
- Fachärzte für
    - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
    - Psychiatrie und Psychotherapie,
    - Nervenheilkunde,
    - psychosomatische Medizin und Psychotherapie und
- ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte (§ 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Psychotherapeutische Sprechstunde

Die Psychotherapeutische Sprechstunde dient der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und stellt einen niedrigschwelligen Zugang zur Psychotherapie dar. Der Therapeut klärt in dem Erstgespräch ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Psychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten (z.B. Präventionsangebote, Ehe- und Familienberatungsstelle) geholfen werden kann. Auch erste therapeutische Interventionen sind möglich.
Jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss Sprechstunden anbieten. Dies gilt ebenso für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte.

Umfang

Therapeuten müssen pro Woche mindestens 100 Minuten für Sprechstunden anbieten, bei hälftigem Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten.

Dauer

Eine Sprechstunde dauert mindestens 25 Minuten pro Patient und kann höchstens sechsmal je Krankheitsfall bei Erwachsenen (insgesamt bis 150 Minuten) durchgeführt werden, bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung höchstens zehnmal (insgesamt bis zu 250 Minuten). In der Regel werden 50-minütige Sitzungen durchgeführt. Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle und die drei darauffolgenden Quartale. Die Sprechstunden werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.
Eine weiterführende Behandlung muss nicht durch den Therapeuten erfolgen, der die Sprechstunde durchgeführt hat.

Organisation

Therapeuten entscheiden selbst, wie sie die Sprechstunde organisieren. Möglich sind feste Zeiten, aber auch eine individuelle Terminvereinbarung. Auch offene Sprechstunden sind möglich, in der Regel werden jedoch Terminsprechstunden angeboten. Die Therapeuten melden der KVSH, ob sie eine Psychotherapeutische Sprechstunde mit oder ohne Terminvereinbarung anbieten. Ferner müssen sie mitteilen, zu welchen Zeiten die Praxis für Patienten telefonisch erreichbar ist, um Termine zu vereinbaren.

Achtung: Dies hat nichts mit den Terminservicestellen zu tun. Diese vermitteln nur Termine, die die Therapeuten ausschließlich zur Vermittlung durch die Servicestellen der KVSH melden.
Erst wenn ein Patient eine Sprechstunde aufgesucht hat, kann mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung begonnen werden - dieses Erstgespräch ist Pflicht. Vorgeschrieben sind mindestens 50 Minuten. Ausnahmen gibt es für Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung waren. Sie können ohne vorherige Sprechstunde mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung beginnen. Dies gilt auch, wenn ein Therapeutenwechsel während einer laufenden Therapie erfolgt. Die Psychotherapeutische Sprechstunde im Anschluss an probatorische Sitzungen ist grundsätzlich nicht im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie, jedoch in begründeten Ausnahmen möglich.

Vergütung

GOP	Bewertung (je vollendete 25 Minuten)
35151	472 Punkte

Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und damit ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis. Dauert das Erstgespräch im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde 50 Minuten, kann die GOP 35151 zweimal am Behandlungstag abgerechnet werden.

Die GOP 35151 ist im Krankheitsfall höchstens 6-mal und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sowie bei Versicherten mit einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens zehnmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Sie kann bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und bei Versicherten mit einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) im Krankheitsfall bis zu viermal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Versicherten stattfinden.

Rezidivprophylaxe

Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe erfolgen, um Rückfälle zu vermeiden. Dafür werden Stunden aus dem Kontingent der Langzeittherapie genutzt:

- maximal 8 Stunden Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer von 40 Stunden oder mehr
- maximal 16 Stunden Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer von 60 Stunden oder mehr

Für Kinder, Jugendliche und Menschen mit geistiger Behinderung können mehr Stunden für die Rezidivprophylaxe verwendet werden (10 bzw. 20 Stunden). Die Rezidivprophylaxe kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden. Dazu gibt die Therapeutin oder der Therapeut bereits im Antrag für eine Langzeittherapie (PTV 2) an, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder dass dies zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht absehbar ist.

Wichtig ist, dass eine Rezidivprophylaxe nicht im Vorfeld ausgeschlossen wird. Voraussetzung ist die Übermittlung der Zusatzziffer 88131 für die Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe über die Praxissoftware im Rahmen der Abrechnung.

Sonstige Kostenträger (SKT)

Hierunter fallen z. B. Leistungen von Anspruchsberechtigten der folgenden Kostenträger: Bundeswehr, Feuerwehr, Postbeamte, Polizei, Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber. Diese Leistungen unterliegen besonderen Verträgen mit den Kostenträgern und werden als Einzelleistungen vergütet.

Strukturzuschlag

Den Zuschlag erhalten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen und Leistungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung abgerechnet haben.
Damit soll gut ausgelasteten Praxen ermöglicht werden, eine Halbtagskraft zur Praxisorganisation zu beschäftigen.
Der Strukturzuschlag ist berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Mindestpunktzahl der Gebührenordnungspositionen (GOP) 30932, 30933 (neuropsychologische Leistungen), 35151, 35152, 35173 bis 35179, der GOP der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 sowie der GOP 37500 das Volumen von 178.407 Punkten überschreitet.
Hat ein Psychotherapeut diese Mindestpunktzahl erreicht, erhält er für jede weitere Therapiestunde, Sprechstunde, Akutbehandlung und/oder Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung einen Strukturzuschlag bis zu einer Maximalpunktzahl von 424.431 bei vollem Tätigkeitsumfang (die Hälfte bei hälftigem Tätigkeitsumfang).
Für Leistungen vor Erreichen der Mindestpunktzahl wird kein Zuschlag gezahlt.
Die GOP werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen zugesetzt.

GOP	Bewertung
Strukturzuschlag Einzeltherapie	
35571	186 Punkte
Strukturzuschlag Gruppentherapie (einschließlich Gruppenpsychotherapeutischer Grundversorgung)	
35572	77 Punkte
Strukturzuschlag Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	
35573	95 Punkte

Telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeuten müssen sicherstellen, dass ihre Praxis für die Terminkoordination telefonisch erreichbar ist:

- 200 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag (Mindesteinheit: 25 Min.)
- 100 Minuten/Woche bei hälftigem Versorgungsauftrag (Mindesteinheit: 25 Min.)

Therapeuten müssen der KVSH mitteilen, zu welchen Zeiten sie die insgesamt 200 Minuten Erreichbarkeit in der Woche anbieten. Die Zeiten sollten auch auf dem Anrufbeantworter der Praxis angegeben werden. Auch die Krankenkassen erhalten die Daten (von der KV), um ihre Versicherten zu informieren.
Wie Psychotherapeuten die telefonische Erreichbarkeit organisieren, ist ihnen freigestellt: So kann das Praxispersonal den Dienst übernehmen oder das Telefon umgeleitet werden. Entscheidend ist, dass der Anruf persönlich entgegengenommen wird.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das TSVG ist zum Teil bereits seit dem 11. Mai 2019 in Kraft. Aus dem TSVG ergeben sich neue Vermittlungsangebote. Mit diesem Gesetz soll die Terminvergabe für gesetzlich Versicherte beschleunigt werden.

<u>Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS-Terminfall und TSS-Akutfall)</u>
Vermittelt werden im Rahmen des TSS-Terminfalls die Psychotherapeutische Sprechstunde (innerhalb von vier Wochen), zeitnah erforderliche probatorische Sitzungen (innerhalb von vier Wochen) sowie die Psychotherapeutische Akutbehandlung (innerhalb von zwei Wochen). Bei einer Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) werden alle Leistungen der Arztgruppe im Quartal bei einem Versicherten (Arztgruppenfall) extrabudgetär vergütet. Zusätzlich wird ein extrabudgetärer Zuschlag zur Versicherten-, Grund-

oder Konsiliarpauschale gezahlt. Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Kontaktaufnahme des Versicherten zur TSS bis zum Tag der Behandlung:

Behandlungstag	**Zuschlag**	**Kennung**	**Hinweis**
spätestens am Folgetag (TSS-Akutfall)	200 %	A	Der Zuschlag von 200 % und die extrabudgetäre Vergütung wird nur gewährt, wenn die Behandlung spätestens am Tag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt ist. Eine Behandlung ab dem 2. Tag nach der Kontaktaufnahme gilt nicht mehr als TSS-Akutfall und löst auch **keine weitere** Zuschlagsberechtigung mehr aus (keine 100%, 80% oder 40 %).
ab der Kontaktaufnahme bis 4. Kalendertag (TSS-Vermittlungsfall)	100 %	B	Die extrabudgetäre Vergütung und Zuschlag werden nur gezahlt, wenn der Termin durch die Kontaktaufnahme des Versicherten über die TSS zustande gekommen ist. Patienten benötigen zwingend eine Überweisung mit einem Vermittlungscode (ausgenommen Hausärzte, Augenärzte, Gynäkologen und Psychotherapeuten).
vom 5. bis 14. Kalendertag (TSS-Vermittlungsfall)	80 %	C	
vom 15. bis 35. Kalendertag	40 %	D	

Ärzte und Psychotherapeuten rechnen die jeweilige Gebührenordnungsposition (GOP) für den Zuschlag ab, wenn Patienten über die TSS in die Praxis kommen. Zu jeder GOP gibt es vier mögliche Kennungen A, B, C, D. Diese sind je nach der Wartezeit bis zur Behandlung vom Arzt oder Psychotherapeuten zusammen mit der GOP anzugeben. Der Tag nach der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS gilt als erster Zähltag für die Berechnung der gestaffelten prozentualen Aufschläge und wird weiterhin im Bereich „Terminservicestelle“ unter www.ekvsh.de ausgewiesen. Das Praxisverwaltungssystem (PVS) ordnet anschließend den Zuschlag automatisch der richtigen altersgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zu und errechnet die konkrete Zuschlagshöhe.

Hausarzt-Vermittlungsfall

Hausärzte oder Kinder- und Jugendmediziner, die für ihre Patienten einen dringenden Termin bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten vereinbaren, erhalten ab dem 1. Januar 2023 einen Zuschlag in Höhe von 15 Euro nach der GOP 03008/04008 (Zuschlag für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins).
Voraussetzung für einen Hausarzt-Vermittlungsfall ist, dass nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit

- der Termin spätestens am 4. Kalendertag beim Facharzt vereinbart wird **oder**
- nach dem 4. Kalendertag, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund einer medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. In welchen Fällen das zutrifft, entscheidet der Hausarzt. In den meisten Fällen geht es dabei um die Frage der medizinischen Angemessenheit einer verbindlichen zeitnahen Terminierung gegenüber der vergleichsweise weniger eingrenzbaren Terminierung via Terminservicestelle. In welchen Fällen das zutrifft, entscheidet der Hausarzt. Wir empfehlen den Grund in der Patientenakte zu dokumentieren.

Die Fachärzte oder Psychotherapeuten, die einen Termin bereitstellen, erhalten alle abgerechneten Leistungen in dem Quartal (Arztgruppenfall) extrabudgetär vergütet. Die Überweisung ist im Praxisverwaltungsprogramm als Hausarztvermittlungsfall zu kennzeichnen. Zusätzlich erhalten die Fachärzte oder Psychotherapeuten die extrabudgetären Zuschläge von 100, 80 oder 40 Prozent zur Grund- oder Konsiliarpauschale.

Terminvereinbarung

Ob bei Nichteinhaltung eines vereinbarten Therapietermins ein Ausfallhonorar oder Schadensersatz verlangt werden kann, ist in der Rechtsprechung höchst umstritten. Daher sollte bereits vor Beginn der Therapie mit dem Patienten schriftlich und mit Unterschrift vereinbart werden, dass bei vereinbarten, nicht rechtzeitig abgesagten Terminen ein Honorar vom Patienten zu bezahlen ist.

Testverfahren

Die Testverfahren nach GOP 35600 bis 35602 sind - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung beziehungsweise Interpretation, schriftliche Aufzeichnung- grundsätzlich delegierbar.

Therapiebeendigung

Therapeuten müssen seit 1. Juli 2020 in ihrer Abrechnung kennzeichnen, wenn eine Richtlinientherapie beendet wurde. Dafür gibt es zwei Zusatzziffern:

- 88130 für die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe
- 88131 für die Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe

Beide Zusatzziffern sind in der Praxissoftware hinterlegt und werden im Rahmen der Abrechnung übermittelt. Die Beendigungsmitteilung erfolgt im Prinzip genauso wie bisher, lediglich die Form der Meldung (bis 30. Juni 2020 über das Formular PTV 12) wurde mit der Meldung über die Zusatzziffern ersetzt.
Im Rahmen der Abschlussplanung einer Psychotherapie sollte zunächst fachlich-inhaltlich abgewogen werden, ob ein klares Ende, eine Rezidivprophylaxe oder eine spätere Weiterbehandlung sinnvoll ist. Die Übermittlung muss nach § 10 Absatz 5 der Psychotherapie-Vereinbarung „unverzüglich“, also in dem Quartal erfolgen, in dem das Therapieende liegt.
Die Pseudo-GOP soll – soweit möglich – dem Datum zugeordnet werden, an dem die letzte bewilligte Stunde erfolgt ist.

Therapeutenwechsel

Findet während einer laufenden Therapie ein Therapeutenwechsel statt, so können die noch offenen Sitzungen vom neuen Therapeuten übernommen werden, wenn es sich um die gleiche Therapieform handelt. Hierzu muss der neue Therapeut einen Antrag bei der jeweiligen Krankenkasse stellen. Da es sich um einen neuen Krankheitsfall handelt, kann erneut mit probatorischen Sitzungen begonnen werden. Eine Sprechstunde gemäß der Psychotherapie-Richtlinie ist in diesem Fall vorab nicht notwendig. Durch die Krankenkasse ist ein neuer Anerkennungsbescheid über die beim zuständigen Kostenträger offenen Therapiestunden in Form des PTV 2 auszustellen.

Therapieunterbrechung

Wird eine Psychotherapie länger als ein halbes Jahr unterbrochen, ist nach Paragraf 11 Absatz 13 der Psychotherapie-Vereinbarung weiterhin eine formlose Begründung der Therapiepause an die Krankenkasse erforderlich. Die Übermittlung der Kennzeichnung erfolgt in solch einem Fall (nach der Wiederaufnahme der Behandlung) mit der regulären Beendigung der Psychotherapie.

Versorgung von Kindern und Jugendlichen

„Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld“ können in die Behandlung einbezogen werden. Damit sind zum Beispiel neben den Eltern auch Lehrer oder Erzieher gemeint, die unmittelbar und regelmäßig mit der Erkrankung des Patienten konfrontiert sind.

Im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind; Jugendliche, die 14, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss nicht genau mit dem 21. Geburtstag enden. Sie kann fortgeführt werden, aber nur dann, wenn ein bereits davor eingetretener Therapieerfolg damit gesichert werden kann. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren auch Anspruch auf eine Erwachsenentherapie – dann gelten die Regelungen für Erwachsene.

Bei Kindern und Jugendlichen können im Krankheitsfall (vier Quartale) bis zu 250 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt werden, 100 Minuten davon auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen.

Bei Kindern und Jugendlichen können im Krankheitsfall bis zu 750 Minuten Akutbehandlung durchgeführt werden, wenn relevante Bezugspersonen einbezogen werden.

Es sind zwei bis sechs probatorische Sitzungen erlaubt. Relevante Bezugspersonen können einbezogen werden.

Bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal 10 Stunden, bei 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden.

Langzeittherapie bei Kindern (K) und Jugendlichen (J)		
Verfahren	Bewilligungsschritte	Therapieeinheiten Einzel-/Gruppentherapie*
AP	1 2	K: 70/60 J: 90/60 K: 150/90 J: 180/90
TP	1 2	K: 70/60 J: 90/60 K: 150/90 J: 180/90
VT	1 2	60/60 80/80

* Therapieeinheit à 50 Minuten in Einzelbehandlung, à 100 Minuten in Gruppenbehandlung

Verordnungen

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen seit Juni 2017 Krankenhausbehandlungen und Krankenbeförderungen und seit April 2018 Soziotherapie und medizinische Rehabilitation verordnen.

Vertretung

Vertretung in einer psychotherapeutischen Praxis bei der Durchführung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist gemäß Paragraf 14 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte grundsätzlich nicht zulässig. Deshalb ist eine Vertretung während einer laufenden Psychotherapie in der eigenen Praxis bzw. durch benachbarte Praxen nur in Form einer Krisenintervention oder eines unterstützenden psychotherapeutischen Gesprächs möglich. Damit können Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingeschränkt auch die urlaubs- oder krankheitsbedingte Vertretung anderer Psychotherapeuten übernehmen.

b. EBM-Kapitelzuordnung

Psychotherapeutische Leistungserbringer

EBM- Kapitelzuordnung

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

EBM: Kapitel 14

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie

EBM: Kapitel 21

- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

EBM: Kapitel 22

- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

EBM: Kapitel 23

- Sowie alle Ärzte mit Genehmigung Psychotherapie

EBM: jeweiliges Fachkapitel

Durch alle Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Entsprechende Qualifikation erforderlich

EBM: Kapitel 35.1 Nicht antrags-pflichtige Leistungen

Durch alle hier genannten Fachgruppen

EBM: Kapitel 35.2 Antragspflichtige Leistungen

c. Abrechnungsstrukturen des EBM

Nachfolgend stellen wir Ihnen die Abrechnungsstrukturen des EBM für psychotherapeutische Leistungen vor. Dies ist als Hinweis zur Gebührenordnungssystematik zu verstehen, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Kapitel 14 **Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Leistungen**	
14210	Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
14211	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr

Kapitel 21 **Psychiatrische und Psychotherapeutische Leitungen**	
21210	Psychiatrische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
21211	Psychiatrische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
21212	Psychiatrische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

Kapitel 22 **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**	
22210	Psychosomatische Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
22211	Psychosomatische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
22212	Psychosomatische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

Kapitel 23 **Psychotherapeutische Leistungen**	
23210	Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

23211	Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
23212	Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
23214	Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten *Anmerkung:* Die Gebührenordnungsposition 23214 ist nur von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach den §§ 5 Abs. 4 oder 6 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen erfüllen und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verfügen, berechnungsfähig.
23220	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung obligater Leistungsinhalt • Dauer mindestens 10 Minuten, • Einzelbehandlung, Fakultativer Leistungsinhalt • Syndrombezogene therapeutische Intervention, • Krisenintervention, • Anleitung der Bezugsperson(en), Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall

Allgemeine Leistungen und Kapitel 40 Kostenpauschalen

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind aus dem Abschnitt II „Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen“ nachfolgende Leistungen nach den GOPen 01100, 01101, 01102, 01410 bis 01413, 01415, 01416, 01422, 01424, 01430, 01431, 01433, 01435, 01442, 01444, 01450, 01470, 01471, 01600, 01601, 01602, 01611, 01620, 01621, 01622, 01647, 01660, 01670 bis 01672 berechnungsfähig.

Außerdem sind Kostenpauschalen aus dem Kapitel 40 berechnungsfähig.

Nichtantragpflichtige Leistungen (Abschnitt 35.1 EBM)

Hierzu gehören z. B. die übenden Interventionen, die Psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und die probatorische Sitzung.

GOP	Leistung	Anmerkung
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen. Die Gebührenordnungsposition 35110 ist bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig.
35111	Übende Interventionen als Einzelbehandlung	Die Gebührenordnungsposition 35111 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.
35112	Übende als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen	Die Gebührenordnungsposition 35112 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.
35113	Übende Interventionen als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen	Die Gebührenordnungsposition 35113 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen. Die zulässige Gruppengröße beträgt mindesten zwei und höchstens zehn.
35120	Hypnose	Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Suggestiver Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.
35130	Bericht an den Gutachter (KZT1 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 ggf. für den Bericht an den Zweitgutachter berechnet werden. Weder die GOP 35130 noch eine andere GOP können allein für das Ausfüllen des Formblattes PTV 2a bis 2c berechnet werden. Lediglich das Porto für den Versand an die zuständige Krankenkasse kann berechnet werden (GOP 40110).

35131	Bericht an den Gutachter (LZT)	Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie. Es gibt kein Gutachterverfahren mehr für Gruppentherapien. Auch Anträge auf Kombinationsbehandlungen mit überwiegend durchgeführter Gruppentherapie werden nicht mehr regelhaft begutachtet.
35140	Biographische Anamnese	Erstellen der biographischen Anamnese, Bestimmung des psychodynamischen, system- und ressourcenanalytischen oder verhaltensanalytischen Status, Dauer mind. 50 Min., einmal im Krankheitsfall. Diese Leistung kann auch ohne persönlichen Arzt-Pateinten-Kontakt erbracht werden.
35141	Vertiefte Exploration	Differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen entsprechend der GOP 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie, Dauer mindestens 20 Minuten, zweimal im Krankheitsfall.
35142	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	Zuschlag zu der GOP 35140 für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde. Die GOP 35142 ist nicht von Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähig.
35150	Probatorische Sitzung	Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie, weitere differentialdiagnostische Abklärung, Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten, Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer. Bei Erwachsenen sind vor einer Richtlinientherapie mindestens zwei bis höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen mindestens zwei bis höchstens sechs probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer erforderlich. Bei Kindern und Jugendlichen können relevante Bezugspersonen einbezogen werden. Die GOP 35150 ist in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	Mit dem Ziel eines Schnellkontakts mit Diagnostik und Behandlungsempfehlung erfolgt der Zugang des Patienten zum Psychotherapeuten durch die Psychotherapeutische Sprechstunde. Therapeuten haben bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten pro Woche für die Sprechstunde zur Verfügung zu stellen. Die Dauer der Sprechstunde beträgt mindestens 25 Minuten. Bis zu 150 Minuten im Krankheitsfall sind möglich. Es bleibt den Psychotherapeuten überlassen, wie sie ihre Sprechstunde organisieren – offen oder mit Terminvergabe. Die weitere Behandlung muss nicht bei dem Psychotherapeuten erfolgen, bei dem der Patient in der

		Sprechstunde war. Die Sprechstunden werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet. Die Psychotherapeutische Sprechstunde und der dazugehörige Strukturzuschlag werden der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet. Somit sind in diesen Behandlungsfällen die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) berechnungsfähig.
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung	Die Akutbehandlung 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, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen empfohlen werden können. Nach § 13 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie kann die Akutbehandlung als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal je Krankheitsfall durchgeführt werden. Die Leistung der Akutbehandlung ist gegenüber der Krankenkasse anzeigepflichtig. Das Anzeigeverfahren ist in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt. Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden Therapie zu verrechnen.

Antragspflichtige Leistungen (Abschnitt 35.2 EBM)

In diesem Kapitel werden verschiedene Therapieformen aufgeführt, wie zum Beispiel psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapien und Systemische Therapien jeweils als Kurz- oder Langzeittherapie in Einzel- oder Gruppenbehandlung. Antragspflichtige Leistungen müssen vor der Ausführung bei der Krankenkasse mit dem Formular PTV 1 durch den Patienten beantragt werden. In der Regel übernimmt das der Therapeut für seinen Patienten. Der Therapeut muss seine Formulare (PTV 2, ggf. Konsiliarbericht – Muster 7) zeitnah erstellen. Alle Unterlagen werden zusammen der zuständigen Krankenkasse übersandt.

Einzeltherapie

Im Abschnitt 35.2.1 „Einzeltherapien“ sind die analytische, die systemische, die tiefenpsychologische und die verhaltenstherapeutische Kurz- und Langzeittherapie abgebildet.

Gruppentherapie

Im Abschnitt 35.2.2 „Gruppentherapien“ sind die analytische, die systemische, die tiefenpsychologische und die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie (Kurz- und Langzeittherapie) abgebildet. Es sind für die Kurzzeit- und die Langzeittherapiesitzungen jeweils drei Katalogleistungen mit jeweils sieben Gebührenordnungspositionen für die durch den G-BA definierten Gruppengrößen von drei bis neun Teilnehmern vorgesehen. Sie sind je Teilnehmer berechnungsfähig. Da sich die Therapeuten bei Antragstellung nicht schon auf eine Gruppengröße festlegen müssen, sollen bei der Beantragung im Formblatt PTV 2 nur die ersten vier Stellen der GOP eingetragen werden, die fünfte Stelle wird mit einem „X“ ersetzt.
Die Krankenkasse bewilligt dann die GOP aller Gruppengrößen der beantragten Gruppen- oder Kombinationsbehandlung (z. B. GOP 35543-35549 bei einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie). Der Therapeut rechnet aus diesem bewilligten GOP-Bereich jeweils die GOP der tatsächlichen Gruppengröße ab (z. B. GOP 35543 bei einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie mit drei Teilnehmern).

Zuschläge

Im Abschnitt 35.2.3 „Zuschläge“ werden die Strukturzuschläge (GOP 35571, 35572, 35573), die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zugesetzt werden, abgebildet, sowie die für die Kurzzeittherapie (35.2.3.2).

Therapieverfahren	Einzeltherapie			Gruppentherapie		
	KZT 1	KZT 2	LZT	KZT 1+2	LZT	Teilnehmer-zahl
Analytische Psychotherapie	35411	35412	35415			
				35523	35533	3
				35524	35534	4
				35525	35535	5
				35526	35536	6
				35527	35537	7
				35528	35538	8
				35529	35539	9
Systemische Therapie	35431	35432	35435			
				35703	35713	3
				35704	35714	4
				35705	35715	5
				35706	35716	6
				35707	35717	7
				35708	35718	8
				35709	35719	9
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	35401	35402	35405			
				35503	35513	3
				35504	35514	4
				35505	35515	5
				35506	35516	6
				35507	35517	7
				35508	35518	8
				35509	35519	9
Verhaltenstherapie	35421	35422	35425			
				35543	35553	3
				35544	35554	4
				35545	35555	5
				35546	35556	6
				35547	35557	7
				35548	35558	8
				35549	35559	9
Suffixe*	B	B	B, R, U	B, H, Z	B, R, U, H, X, Y, Z	

Suffix-Erläuterungen*

Suffix	Erläuterung
B	Einheit wird mit einer Bezugsperson durchgeführt
H	Gruppe mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten
R	Leistungen im Rahmen der LZT als Rezidivprophylaxe
U	Leistungen im Rahmen der LZT als Rezidivprophylaxe mit einer Bezugsperson
X	Gruppe mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten im Rahmen der LZT als Rezidivprophylaxe
Y	Gruppe mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten im Rahmen der LZT als Rezidivprophylaxe mit einer Bezugsperson
Z	Gruppe mit Sitzungsdauer von mind. 50 Minuten mit einer Bezugsperson

Psychodiagnostische Testverfahren (Abschnitt 35.3 EBM)

Dieses Kapitel beinhaltet die Testverfahren mit teildelegierbaren Leistungen. Während andere Leistungen ausschließlich durch den Psychotherapeuten erbracht werden dürfen, können die hier aufgeführten Leistungen auch von geschultem Praxispersonal durchgeführt werden.

Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Behandlungsfall für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten und für Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten berechnungsfähig.

GOP	Leistung	Abrechenbar von
35600	Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren	Fachärzten für psychosomatische Medizin (Kapitel 22 EBM), Ärztl.- und psychologischen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzten mit einer Genehmigung für antragsgebundene Psychotherapie bzw. Psychosomatik (Kapitel 35 EBM)
35601	Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren	
35602	Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren	

3. Videosprechstunde

Seit der Coronavirus Pandemie sind die Möglichkeiten zur Erbringung von Leistungen per Video erweitert worden. Ein persönlicher Kontakt zwischen dem Patienten und dem Therapeuten ist für den Beginn einer Psychotherapie zwingend erforderlich. Psychotherapie kann grundsätzlich auch als Videosprechstunde durchgeführt werden, wenn bereits ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden hat und kein unmittelbarer persönlicher Kontakt mit dem Patienten aus therapeutischer Sicht erforderlich ist. Der Psychotherapeut muss unter Berücksichtigung der individuellen Krankheits- und Lebensumstände des Versicherten entscheiden, ob eine Videosprechstunde durchgeführt werden kann. Dabei müssen die Vorschriften der jeweiligen Berufsordnungen, insbesondere der Sorgfaltspflichten, beachtet werden.
Eine Videosprechstunde läuft ähnlich unkompliziert ab wie eine normale Sprechstunde. Nachfolgend haben wir Wissenswertes und zur Veranschaulichung eine step by step Anleitung dargestellt:

Wer kann eine Videosprechstunde anbieten?

Alle Psychotherapeuten können die Videosprechstunde einsetzen.

Technische Anforderungen

Zunächst ist technisch nichts weiter vorzuhalten, als eh schon in der Praxis vorhanden:

- Internetverbindung mit Firewall
- Bildschirm
- Kamera, Mikrofon und Lautsprecher

Videodienstanbieter

Der Videodienstanbieter muss zertifiziert sein und dazu eine Selbstauskunft bei der KBV sowie beim GKV-Spitzenverband eingereicht haben. Die Praxis erhält vom gewählten Anbieter nach Vertragsschluss eine Bescheinigung, dass der Videodienst gemäß Anlage 31b zur IT-Sicherheit und zum Datenschutz zertifiziert ist sowie die Anforderungen zu den Inhalten erfüllt. Der Videodienstanbieter muss zudem gewährleisten, dass die Videosprechstunde während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist. Psychotherapeuten können Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde erst dann abrechnen, wenn sie der KVSH zuvor angezeigt haben, einen zertifizierten (Anlage 31b zum BMV-Ä) Videodienstanbieter zu nutzen. Eine Auflistung aller Anbieter ist im eKVSH Portal aufgeführt (im Portal unter „Genehmigungsanträge“, „Videosprechstunde“). Diese Liste wird mit den Daten der KBV abgeglichen und fortlaufend aktualisiert. Bei dem gewünschten Anbieter ist dann eine Registrierung erforderlich (im Portal unter „Eintrag hinzufügen“). Im Weiteren wird durch die gesamte Anmeldung geleitet. Der Anbieter stellt weitere Informationen bereit, zum Beispiel dazu, wie freie Zeiten für die Videosprechstunde gemeldet werden und wie die Anmeldung zu einer Videosprechstunde abläuft.

Was braucht der Patient?

Patienten benötigen ebenfalls einen Internetzugang und einen PC, ein Tablet oder ein Smartphone mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher. Der Patient erhält dann entweder über die Praxis oder über den Videodienstanbieter einen freien Termin für die Videosprechstunde sowie einen Link. Vor der ersten Videosprechstunde erklärt der Patient seine Einwilligung – je nach System- über den Videodienstanbieter oder direkt über die Praxis.

Warten im Online-Wartezimmer und Gespräch

Nach der Einwahl des Patienten über den Link wartet er im Online-Wartezimmer, bis der Psychotherapeut zur Sprechstunde dazugeschaltet wird. Die Sitzung wird abgehalten.

Beendigung der Videosprechstunde

Beide, Patient und Psychotherapeut, melden sich von der Internetseite ab.

Videosprechstunde als Gruppentherapie

Gruppentherapeutische Leistungen sind ebenfalls im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Dies umfasst auch die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung. In der Psychotherapie-Vereinbarung wurde für eine Gruppentherapie festgelegt, dass sie nur durch den Therapeuten erfolgen kann, der den Versicherten auch im unmittelbaren persönlichen Kontakt behandelt. Eine örtliche Nähe soll grundsätzlich gegeben sein.

Abrechnung der Videosprechstunde/Dokumentation in der Abrechnung

Die Videosprechstunde wird über die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale vergütet. Die Pauschale nebst Zuschlägen wird in voller Höhe gezahlt, wenn im selben Quartal ein persönlicher Kontakt erfolgt. Ist dies nicht der Fall und der Kontakt erfolgt ausschließlich per Video, werden die Pauschale und gegebenenfalls die sich darauf beziehenden Zuschläge gekürzt.

Die zutreffenden EBM-Positionen, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt wurden, müssen mit dem Buchstabenzusatz (Suffix) „V“ gekennzeichnet werden (zum Beispiel 35110V). Eine Übersicht, mit welchem Suffix welche Sitzung (Einzel oder Gruppe oder zum Beispiel mit Bezugsperson) gekennzeichnet wird, finden Sie auf der folgenden Seite sowie auf der Homepage der KVSH.

Die Abrechnung ist mit der Pseudo-GOP 88220 zu kennzeichnen, wenn der Patient in einem Quartal ausschließlich die Videosprechstunde „aufsucht“.

Je durchgeführter Videosprechstunde steht zudem eine Technikpauschale zur Finanzierung der Kosten für den Videodienst zur Verfügung. Hierfür wird die GOP 01450 (40 Punkte) abgerechnet. Der Zuschlag ist pro Quartal auf maximal 1.899 Punkte begrenzt.

Abrechnung einer Video-Gruppentherapie

Der EBM wurde entsprechend angepasst, so dass gruppentherapeutische Leistungen aus Kapitel 35 (GOP 35173 bis 35178) und Abschnitt 35.2.2 auch per Video möglich und berechnungsfähig sind. In einer Video-Gruppentherapie dürfen insgesamt maximal neun Personen sein: acht Teilnehmer beziehungsweise Bezugspersonen plus ein Therapeut. Gruppentherapien mit zwei Therapeuten und Gruppentherapien mit neun Teilnehmern sind per Video nicht möglich.

Auch Gruppenbehandlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (GOP 14221), der Psychiatrie und Psychotherapie (GOP 21221), der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (GOP 22222) sowie der Neuropsychologischen Therapie (GOP 30933) sind für die Videosprechstunde geöffnet.

Auch der Technikzuschlag nach der GOP 01450 ist bei Gruppentherapien berechnungsfähig. Bei den Gruppenbehandlungen gilt zudem die Höchstwertregelung, nach der der Zuschlag nur einmal je Gruppenbehandlung vergütet wird.

Ausschlüsse der Videosprechstunde

Ein persönlicher Kontakt zwischen dem Patienten und Therapeuten ist für den Beginn einer Psychotherapie zwingend erforderlich. Eine Psychotherapie kann grundsätzlich aber auch als Videosprechstunde durchgeführt werden, wenn bereits ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden hat. Wenn aus therapeutischer Sicht kein unmittelbarer persönlicher Kontakt mit dem Patienten erforderlich ist, kann die Psychotherapie grundsätzlich per Video durchführt werden. Hierfür muss der Psychotherapeut unter Berücksichtigung der individuellen Krankheits- und Lebensumstände des Versicherten entscheiden, ob eine Videosprechstunde durchgeführt werden kann. Die Vorschriften der jeweiligen Berufsordnungen, insbesondere der Sorgfaltspflichten, müssen selbstverständlich Beachtung finden. Für die

Psychotherapeutische Sprechstunde, Probatorische Sitzungen (auch neuropsychologische Therapie) und für Hypnose sind Videogespräche ausgeschlossen.

Quotenregelung bei der Videosprechstunde

Fallzahl und Leistungsmenge per Videosprechstunde waren während der Corona-Pandemie durch eine Regelung von KBV und Krankenkassen unbegrenzt möglich. Ab April 2022 war die Videosprechstunde mit einer Obergrenze versehen, die bei 30 Prozent je Leistung (GOP) und Quartal lag. Seit dem 1. Juli 2022 gilt die Obergrenze von 30 Prozent für alle per Video möglichen Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie (EBM-Kapitel 35), die eine Praxis in einem Quartal abrechnet, und nicht mehr je einzelner GOP, mit Ausnahme der psychotherapeutischen Akutbehandlung (GOP 35152). Damit bezieht sich die Obergrenze künftig prinzipiell auf das Punktzahlvolumen der in einem Quartal von einem Psychotherapeuten abgerechneten Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35, die grundsätzlich in der Videosprechstunde möglich sind. Dadurch erhalten Psychotherapeuten mehr Spielraum. So könnte eine Praxis zum Beispiel eine bestimmte Leistung bis zu 100 Prozent per Video durchführen, wenn andere videofähige Leistungen patientenübergreifend vergleichsweise häufig persönlich in der Praxis und nicht per Video erfolgen. Entscheidend ist, dass der Psychotherapeut die 30-Prozent-Marke patientenübergreifend insgesamt in einem Quartal nicht überschreitet.

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten können durch die neuen Regelungen pro Quartal fast jeden dritten Patienten (30 Prozent der Behandlungsfälle) ausschließlich per Video behandeln, ohne dass dieser in die Praxis kommen muss.

Auszug abrechnungsfähiger Gebührenordnungspositionen per Video

GOP	Bezeichnung
22220/23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
35152	Akutbehandlung
35173 bis 35178 und Abschnitt 35.2.2	Gruppentherapeutische Leistungen außer Gruppen mit neun Teilnehmerinnen und/oder Teilnehmern
35401/35411/35421/35431	Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung
35402/35412/35422/35432	Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung
35405/35415/35425/35435	Langzeittherapie, Einzelbehandlung

4. Honorarabrechnung

Abgabe der Abrechnung (Onlineabrechnung)

Die Erstellung der Abrechnungsdatei erfolgt über eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierte Praxissoftware und ist über das geschützte Onlineportal www.ekvsh.de zu übertragen. Das Ausfüllen und die Datenübertragung der Sammelerklärung erfolgt ebenfalls verpflichtend über das Onlineportal. Im Anschluss an die Datenübermittlung ist die ausgedruckte und persönlich unterschriebene Sammelerklärung an die KVSH per Post zu übermitteln. Ab 3/2023 wird die Sammelerklärung dann auch ausschließlich über das Portal zu übermitteln sein. Liegt ein zugelassener elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePTA) vor, kann die Datenübermittlung mit einer qualifizierten Signatur papierlos abgeschlossen werden.
Auskünfte zur elektronischen Abrechnung, zum Onlineportal und den Zugangsmöglichkeiten erteilt die IT-Beratung der KVSH unter der Telefonnummer 04551 883 286.

Fristgerechte Einreichung

Bis zum 15. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals bei der KVSH muss die Abrechnung digital eingegangen sein. Der vollständige Abrechnungseingang tritt erst dann ein, wenn die Abrechnungsdatei und die unterschriebene Sammelerklärung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein eingegangen sind.

Fristverlängerung der Abgabe

Eine Verlängerung der Abgabefrist muss schriftlich bis zum 15. Kalendertag des ersten Monats nach dem Abrechnungsquartal beantragt werden. Gemäß Paragraf 7 der Honorarabrechnungsordnung werden Fristverlängerungen nur in Ausnahmefällen gewährt.

Säumnisgebühr

Für Abrechnungen, die nicht fristgerecht eingehen oder nach Ablauf der Frist unvollständig vorliegen, werden Säumnisgebühren gemäß Honorarabrechnungsordnung erhoben.

E-Abrechnungscheck

In der Zeit vom 20. Kalendertag des letzten Quartalsmonats bis zum 15. Kalendertag des ersten Monats nach Quartalsende bietet die KVSH die Möglichkeit einer Vorabprüfung. Dieser Check hilft, Fehler zu erkennen und richtig zu stellen.

5. Honorarbescheid

Der Honorarbescheid hat je nach Praxiskonstellation verschieden Anlagen.

Vergütung

Die Vergütung umfasst folgende Leistungen:

- Leistungen, die innerhalb des zugewiesenen Punktzahlvolumens vergütet werden.
- Leistungen, die gegebenenfalls außerhalb des zugewiesenen Punktzahlvolumens mit einem Restpunktwert vergütet werden.
- Freie Leistungen, die zum Orientierungswert vergütet werden.
- Extrabudgetäre Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden.

Hinweis: Die Leistungsverteilung innerhalb der MGV regelt der Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Der vollständige Wortlaut des HVM ist über die Internetseite der KVSH www.kvsh.de unter der Rubrik Praxis/Rechtsvorschriften einzusehen.

Honorarzahlungen

Gemäß Paragraf 10 der Honorarabrechnungsordnung (HAO) werden monatliche Vorauszahlungen geleistet, die in der Regel 1/16 des Gesamthonorars der letzten vier Quartalsabrechnungen betragen. Die Restzahlung erfolgt im vierten Monat nach Ablauf des Abrechnungsvierteljahres unverzüglich nach Abschluss der Abrechnungsarbeiten und Eingang der Zahlungen seitens der Kostenträger. Für neu beginnende Praxen können besondere Regelungen getroffen werden. Dies gilt insbesondere für Praxen, bei denen nicht auf historische Daten eines Vorgängers zurückgegriffen werden kann. Für die Berechnung der Abschläge wird in der Regel die Anzahl der abgerechneten GOP nach dem EBM, vorwiegend aus dem Kapitel 35, benötigt. Diese Informationen sollten möglichst am Ende jedes Monats schriftlich oder telefonisch der Abteilung Personal und Finanzen der KVSH gemeldet werden. Die aktuelle Bankverbindung muss schriftlich mit Praxisstempel und Unterschrift vorliegen. Der vollständige Wortlaut der HAO ist über die Internetseite der KVSH www.kvsh.de unter der Rubrik Praxis/Rechtsvorschriften einzusehen.

Muster zum Honorarbescheid Anlage PZV

Honorarabrechnung 3/2099

Berechnungsnachweis Ihrer bereitgestellten Volumen

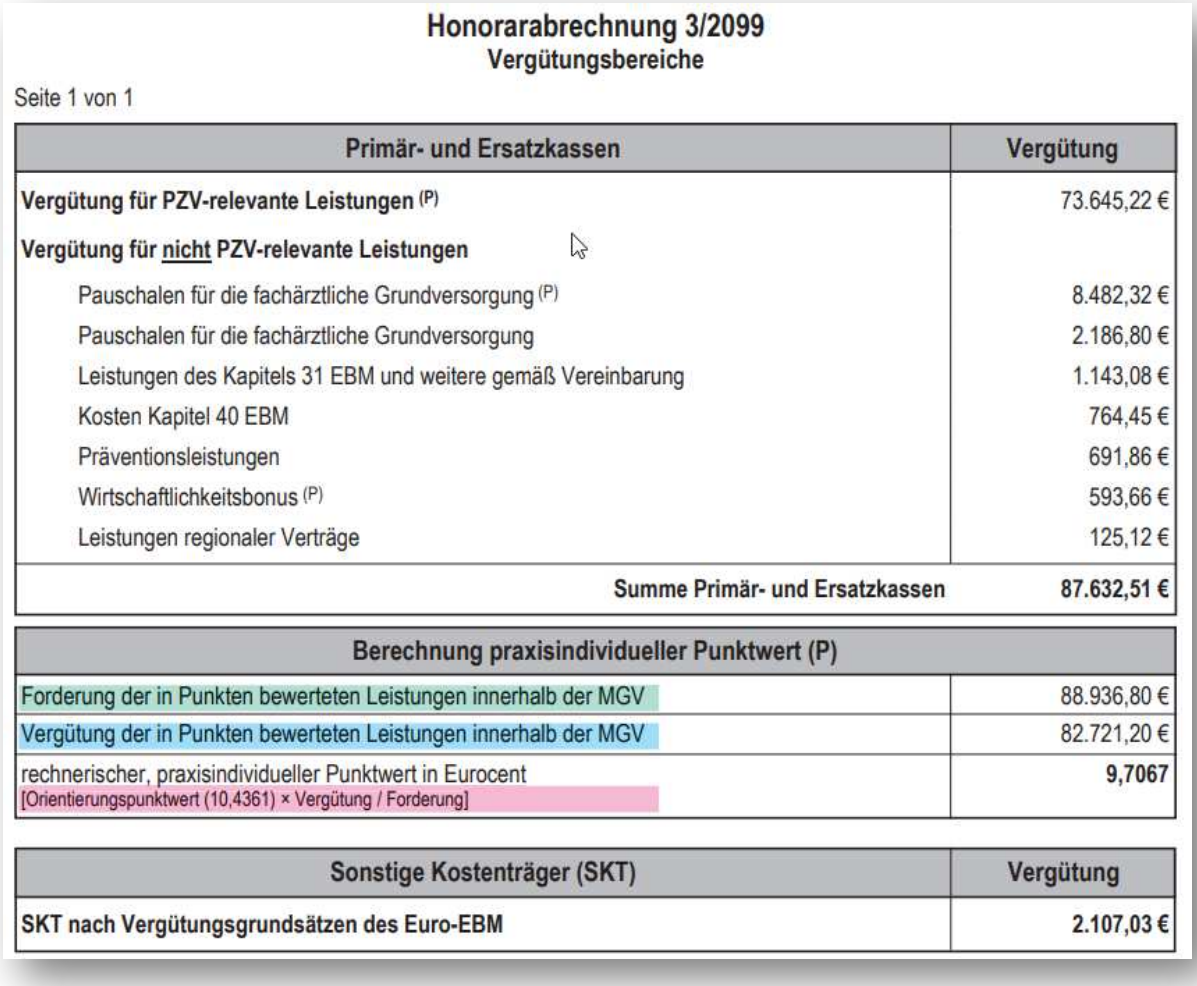
Seite 1 von 1

Punktzahlvolumen			
Name des Arztes	Bezeichnung des Punktzahlvolumens	Forderung	Volumen
Dr. med. Anna Thesist	PZV	396.976,0 Pkt	287.297,5 Pkt
Otto Peede	PZV	406.578,0 Pkt	378.303,4 Pkt
		Bereitgestelltes Volumen der Praxis:	**665.600,9 Pkt**

Berechnung der Vergütung PZV-relevanter Leistungen							
Forderung	bereitgestelltes Volumen	Forderung im Volumen	restliche Forderung	Rest-punktwert	Vergütung im Volumen	restliche Vergütung	Gesamt-vergütung
803.554,0 Pkt	665.600,9 Pkt	665.600,9 Pkt	137.953,1 Pkt	4,1849	69.462,78 €	5.773,20 €	**75.235,98 €**

Die Anlage PZV informiert über das zur Verfügung gestellte Punktzahlvolumen (PZV) und die Forderungen des Psychotherapeuten und deren Vergütung. Die Anlage liefert Ihnen die Information, ob und in welcher Höhe Ihre Praxis das PZV überschritten hat. Gleichzeitig können Sie ablesen, welche Vergütung Sie für die überschreitende Forderung erhalten.
Innerhalb des Punktzahlvolumens wird die Forderung mit dem Orientierungswert, also zu 100 Prozent, vergütet. Die Vergütung des überschreitenden Anteils erfolgt mit einem Restpunktwert. Dieser ist für Hausärzte und Fachärzte unterschiedlich. Er errechnet sich aus den finanziellen Mitteln, die nach den Vergütungen zum Orientierungswert noch zur Verfügung stehen und der Summe aller PZV-Überschreitungen in dem jeweiligen Versorgungsbereich.
Psychotherapeuten erhalten bei Übernahme unterdurchschnittlicher Praxen den Median der Fachgruppe.

Muster zum Honorarbescheid Anlage VB



Honorarabrechnung 3/2099
Vergütungsbereiche

Seite 1 von 1

Primär- und Ersatzkassen	Vergütung
Vergütung für PZV-relevante Leistungen (P)	73.645,22 €
Vergütung für nicht PZV-relevante Leistungen	
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (P)	8.482,32 €
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.186,80 €
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.143,08 €
Kosten Kapitel 40 EBM	764,45 €
Präventionsleistungen	691,86 €
Wirtschaftlichkeitsbonus (P)	593,66 €
Leistungen regionaler Verträge	125,12 €
Summe Primär- und Ersatzkassen	**87.632,51 €**

Berechnung praxisindividueller Punktwert (P)	
Forderung der in Punkten bewerteten Leistungen innerhalb der MGV	88.936,80 €
Vergütung der in Punkten bewerteten Leistungen innerhalb der MGV	82.721,20 €
rechnerischer, praxisindividueller Punktwert in Eurocent [Orientierungspunktwert (10,4361) × Vergütung / Forderung]	**9,7067**

Sonstige Kostenträger (SKT)	Vergütung
SKT nach Vergütungsgrundsätzen des Euro-EBM	**2.107,03 €**

Mit der Anlage VB zeigen wir Ihnen die Zusammensetzung Ihres Honorars. Detailliert aufgeführt ist der GKV-Bereich (Primär- und Ersatzkassen). Die Sonstigen Kostenträger weisen wir als Summe aus.
Der praxisindividuelle Punktwert ist der durchschnittliche Punktwert aller morbiditätsrelevanten Leistungen. Die KVSH ermitteln Ihren Punktwert, indem wir Ihre Vergütung in Euro durch Ihre Forderung (EBM-Punkte mal Orientierungswert) in Euro teilen und dann mit den Orientierungswert multiplizieren. Die Abweichung des praxisindividuellen Punktwertes zum Orientierungswert lässt eine Aussage über den Anteil der Mehrleistungen und die Überschreitung des PZV-relevanten Budgets zu. Kommt es zu keiner Überschreitung des Budgets, so entspricht der praxisindividuelle Punktwert dem des Orientierungswertes.

Muster zum Honorarbescheid Anlage EI-GKV

Honorarabrechnung 3/2099
Einzelleistungsnachweis
Primär- und Ersatzkassen

Seite 1 von 2

Leistung	anerkannte Anzahl	Einzelpreis	Gesamt	Gesamt, ggf. quotiert
PZV-relevante Leistungen				
01100	2,0	20,45 €	40,90 €	36,14 €
01101	1,0	32,66 €	32,66 €	28,87 €
01102	6,0	10,54 €	63,24 €	55,92 €
01410	243,0	22,12 €	5.375,16 €	4.750,65 €
01411	4,0	48,95 €	195,80 €	173,04 €
01412	45,0	65,33 €	2.939,85 €	2.598,30 €
01413	746,0	11,06 €	8.250,76 €	7.295,88 €
01415	52,0	56,98 €	2.962,96 €	2.618,72 €
01620	18,0	3,13 €	56,34 €	49,86 €
01621	10,0	4,59 €	45,90 €	40,60 €
01622	13,0	8,66 €	112,58 €	99,45 €
01623	3,0	5,53 €	16,59 €	14,67 €
02310	19,0	21,39 €	406,41 €	359,10 €
02312	8,0	5,74 €	45,92 €	40,56 €
03001R	3,0	30,17 €	90,51 €	79,98 €
03002R	26,0	19,18 €	498,68 €	440,70 €
03003R	942,0	15,60 €	14.695,20 €	12.990,18 €
03004R	456,0	20,07 €	9.151,92 €	8.089,44 €
03005R	283,0	26,85 €	7.598,55 €	6.715,59 €
03040	1.710,0	15,03 €	25.701,30 €	22.708,80 €
03220	810,0	13,57 €	10.991,70 €	9.711,90 €
03220H	160,0	13,57 €	2.171,20 €	1.918,40 €
03221	806,0	4,17 €	3.361,02 €	2.974,14 €
03221H	131,0	4,17 €	546,27 €	483,39 €
03230	1.543,0	5,22 €	8.054,37 €	7.114,44 €
03241	23,0	9,60 €	220,80 €	195,04 €
03321	59,0	20,87 €	1.231,33 €	1.088,55 €
03322	23,0	6,99 €	160,77 €	142,14 €
03324	13,0	8,14 €	105,82 €	93,47 €
03330	16,0	6,26 €	100,16 €	88,48 €
03360	35,0	12,73 €	445,55 €	393,75 €
33012	41,0	8,87 €	363,67 €	321,44 €
33042	182,0	16,38 €	2.981,16 €	2.635,36 €
35100	76,0	15,86 €	1.205,36 €	1.065,52 €
35110	505,0	15,86 €	8.009,30 €	7.080,10 €
Gesamt			**118.229,71 €**	**104.492,57 €**
Geriatrische Versorgung				
03362	53,0	16,59 €	879,27 €	879,27 €
Gesamt			**879,27 €**	**879,27 €**
Impfleistungen (Pflichtleistungen)				
89101R	1,0	6,20 €	6,20 €	6,20 €
89102A	5,0	6,20 €	31,00 €	31,00 €
89102R	6,0	6,20 €	37,20 €	37,20 €
89104B	1,0	7,10 €	7,10 €	7,10 €
89111	36,0	7,15 €	257,40 €	257,40 €
89112	3,0	7,15 €	21,45 €	21,45 €
89115R	1,0	6,20 €	6,20 €	6,20 €
89119	5,0	6,20 €	31,00 €	31,00 €
89124R	1,0	6,20 €	6,20 €	6,20 €
89201R	4,0	7,20 €	28,80 €	28,80 €
89301	1,0	10,50 €	10,50 €	10,50 €
89301A	1,0	10,50 €	10,50 €	10,50 €
89400	29,0	10,50 €	304,50 €	304,50 €
Gesamt			**758,05 €**	**758,05 €**
Impfleistungen (Satzungsleistungen) weitere Impfung				
99870E	1,0	6,00 €	6,00 €	6,00 €
99870H	1,0	6,00 €	6,00 €	6,00 €
Gesamt			**12,00 €**	**12,00 €**
Impfleistungen (Satzungsleistungen) 1. Impfung				
99870A	2,0	12,00 €	24,00 €	24,00 €
99870B	4,0	12,00 €	48,00 €	48,00 €
99870C	2,0	12,00 €	24,00 €	24,00 €
99870F	2,0	12,00 €	24,00 €	24,00 €
99870H	1,0	12,00 €	12,00 €	12,00 €
Gesamt			**132,00 €**	**132,00 €**
Kosten Kapitel 40 EBM				
40120	76,0	0,55 €	41,80 €	41,80 €
40144	518,0	0,13 €	67,34 €	67,34 €
40150	1,0	1,30 €	1,30 €	1,30 €
Gesamt			**110,44 €**	**110,44 €**
Labormedizinische Kosten				
32025	11,0	1,60 €	17,60 €	17,60 €
32027	4,0	15,30 €	61,20 €	61,20 €
32030	137,0	0,50 €	68,50 €	63,02 €
32040	9,0	1,45 €	13,05 €	11,97 €
32042	139,0	0,25 €	34,75 €	31,97 €
32057	1,0	0,25 €	0,25 €	0,23 €
32150	8,0	11,25 €	90,00 €	90,00 €
Gesamt			**285,35 €**	**275,99 €**
Labormedizinische Kosten außerhalb MGV				
32880	36,0	0,50 €	18,00 €	18,00 €
Gesamt			**18,00 €**	**18,00 €**
Leistungen aus DMP-Verträgen				
99751	1,0	25,00 €	25,00 €	25,00 €
99753	22,0	15,00 €	330,00 €	330,00 €
99755	22,0	10,00 €	220,00 €	220,00 €
99786B	11,0	15,00 €	165,00 €	165,00 €
99786D	3,0	10,00 €	30,00 €	30,00 €
Gesamt			**770,00 €**	**770,00 €**

Die Anlage EI-GKV zeigt als Einzelleistungsnachweis die nach der Prüfung der Abrechnung vergüteten und anerkannten Gebührenordnungspositionen, die Anzahl der Leistungen sowie Einzel- und Gesamtpreis.

6. Formulare für die Psychotherapie

Formulare, die Therapeutinnen und Therapeuten in der Praxis vorhalten, können über die gewohnten Bezugswege bezogen werden. Für die mit "B" gekennzeichneten Formulare ist eine Blankoformularbedruckung möglich. Alle Formulare sind seit Juli 2020 auch in der Praxissoftware hinterlegt.
Die Formularbezeichnung „PTV“ ist für alle Therapieformen gültig.

Übersicht Formulare und Muster

Formblatt	Formularbezeichnung
PTV 1	Antrag des Versicherten an die Krankenkasse auf Feststellung der Leistungspflicht
PTV 2	Angaben des Therapeuten zum Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie an die Krankenkasse
PTV 3	Leitfaden zum Erstellen des Berichts den Gutachter
PTV 4	Auftrag der Krankenkasse zur Begutachtung
PTV 5	Stellungnahme des Gutachters
PTV 8	Briefumschlag zur Weiterleitung der Unterlagen für das Gutachtenverfahren
PTV 10	Information für den Patienten „Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung“
PTV 11	Individuelle Patienteninformation
PTV 12	Anzeige der Akutbehandlung
Muster 7	Überweisung zu Abklärung somatischer Ursachen
Muster 22	Konsiliarbericht

Alle Formulare in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sowie die dazugehörigen Ausfüllhilfen finden Sie entweder auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter https://www.kbv.de/media/sp/PTV_Ausfuellhilfen_gesamt_7_2020_.pdf oder im Anhang dieses Wegweisers.

7. Impressum

Information und Beratung

Viele Fragen rund um die Niederlassung und Leistungserbringung in der Psychotherapie sind komplex. Wir unterstützen Sie bei Fragen und Problemlösungen und helfen Ihnen gerne telefonisch oder in einem persönlichen Beratungsgespräch weiter. Für telefonische Anfragen wenden Sie sich gern an das Info-Team unter 05551-883 883 oder vereinbaren Sie einen persönlichen Beratungstermin unter 04551-883-534 oder -361. Beratungen können auch per Video durchgeführt werden.

Kommunikation und Information

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein informiert regelmäßig durch

- Newsletter
- Nordlicht (Mitgliedermagazin der KVSH)
- KVSH-Internetauftritt
- Web-Seminare

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Abteilung Abrechnung
Bismarckallee 1-6 | 23795 Bad Segeberg | www.kvsh.de

Stand: November 2023

KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

AUSFÜLLHILFEN

1. JULI 2020

INHALT

FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG 4

Neue PTV-Formblätter ab 1. Juli 2020 4
Muster für den Konsiliarbericht weiterhin gültig 4

FORMBLATT PTV 1 – ANTRAG AUF PSYCHOTHERAPIE 5

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern 6
Prozessbeschreibung 7

FORMBLATT PTV 2 – ANGABEN THERAPEUT*IN 8

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern 9
Prozessbeschreibung 12

LEITFADEN PTV3 – LEITFADEN ZUM ERSTELLEN DES BERICHTS AN DIE GUTACHTER*IN 13

FORMBLATT PTV4 – AUFTRAG ZUR BEGUTACHTUNG 14

FORMBLATT PTV 5 – GUTACHTEN 15

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern 16
Prozessbeschreibung PTV 5 17

FORMBLATT PTV 8 – BRIEFUMSCHLAG: UNTERLAGEN FÜR DAS GUTACHTENVERFAHREN 18

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern 19
Prozessbeschreibung PTV8 20

INFORMATIONSBLATT PTV10 – AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG 21

FORMBLATT PTV 11 – INDIVIDUELLE INFORMATION ZUR PSYCHO-THERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE 22

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern 23
Prozessbeschreibung PTV11 25

FORMBLATT PTV 12 – ANZEIGE EINER AKUTBEHANDLUNG 26

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern 27
Prozessbeschreibung PTV12 28

MUSTER 7 – ÜBERWEISUNG VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE ZUR ABKLÄRUNG SOMATISCHER URSACHEN 29

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern 29
Prozessbeschreibung Muster 7 30

MUSTER 22 – KONSILIARBERICHT VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE DURCH PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN 31

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern (auszufüllen durch den Konsiliararzt) 32
Prozessbeschreibung Muster 22 33

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 – Muster PTV 1 5
Abbildung 2 – Prozessbeschreibung PTV2 7
Abbildung 3 – Muster PTV2 8
Abbildung 4 – Prozessbeschreibung PTV2 12
Abbildung 5 – Prozessbeschreibung PTV3 13
Abbildung 6 – Prozessbeschreibung PTV4 14
Abbildung 7 – Muster PTV5 15
Abbildung 8 – Prozessbeschreibung PTV5 17
Abbildung 9 – Muster PTV8 18
Abbildung 10 – Prozessbeschreibung PTV8 20
Abbildung 11 – Informationsblatt PTV10 21
Abbildung 12 – Muster PTV11 22
Abbildung 13 – Prozessbeschreibung PTV11 25
Abbildung 14 – Muster PTV12 26
Abbildung 15 – Prozessbeschreibung PTV12 28
Abbildung 16 – Muster 7 29
Abbildung 17 – Prozessbeschreibung Muster 7 30
Abbildung 18 – Muster 22 31
Abbildung 19 – Prozessbeschreibung Muster 22 33

FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

NEUE PTV-FORMBLÄTTER AB 1. JULI 2020

Ab dem 1. Juli 2020 gelten neue Formulare in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (PTV-Formblätter), die durch die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 1 des Bundesmantelvertrags-Ärzte) geregelt sind. Alle Formulare wurden dabei einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen, ein Formular-Teil abgeschafft und Ergänzungen für die Systemische Therapie bei Erwachsenen vorgenommen.

MUSTER FÜR DEN KONSILIARBERICHT WEITERHIN GÜLTIG

Gleich bleiben die Überweisung an einen Vertragsarzt zur Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 7) sowie der Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 22), die in der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung geregelt sind (Anlage 2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte).

Mehr Informationen:
Themenseite Psychotherapie www.kbv.de/psychotherapie
Formulare zum Download: www.kbv.de/html/formulare.php

Ansprechpartner:

Dezernat Versorgungsmanagement
Abteilung Nutzenbewertung
Tel.: 030 4005-1406, psychotherapie@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
www.kbv.de

FORMBLATT PTV 1 – ANTRAG AUF PSYCHOTHERAPIE

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Antrag auf Psychotherapie

PTV 1

Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigt die Krankenkasse von Ihnen einige wichtige Informationen. Ihre Mitwirkung ist in den Paragraphen 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihr*e Therapeut*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

Name und Anschrift der Krankenkasse

Kostenträger

In bestimmten Fällen übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern ein anderer Kostenträger die Psychotherapie (z. B. bei Folgen eines Unfalls).

1 Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Unfallversicherung).

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht

für

2 Analytische Psychotherapie

2 Systemische Therapie

2 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

2 Verhaltenstherapie

als

2 Einzeltherapie

2 Gruppentherapie

2 Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

Ich beantrage die Psychotherapie als

3 Erstantrag

3 Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

Bei Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

4 ja, und zwar am T T M M J J und ggf. am T T M M J J

4 nein ***(Wenn nein, bitte Folgendes angeben)***

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

4 ja

4 nein

Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

4 ja

4 nein

Ausstellungsdatum T T M M J J

Unterschrift Versicherte*r, ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

Ausfertigung Krankenkasse

Muster PTV 1a (7.2020)

Abbildung 1 – Muster PTV 1

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Angabe zu ggf. anderem Kostenträger

Ist zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits bekannt, dass ein anderer Kostenträger (Unfallversicherung bei Folgen eines Unfalls, Entschädigungen nach Bundesversorgungsgesetz oder Opferentschädigungsgesetz etc.) die Kosten für die Psychotherapie übernimmt oder ggf. übernimmt, gibt dies die oder der Versicherte hier an. Die Krankenkasse kann dann eine Zuordnung des Antrags vornehmen und mit der oder dem Versicherten diesbezüglich Kontakt aufnehmen. Die Angabe zum Kostenträger ist nicht zwingend erforderlich und kann auch nach dem Erstantrag noch erfolgen, z. B. mit einem Folgeantrag während laufender Psychotherapie.

2. Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für / als

Die oder der Versicherte beantragt hier die Feststellung der Leistungspflicht für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren und eine bestimmte Anwendungsform. Nach Absprache mit der Therapeutin oder dem Therapeuten gibt sie oder er an, ob eine Analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie beantragt wird. Darüber hinaus gibt sie oder er an, ob die Psychotherapie als Einzeltherapie, Gruppentherapie oder als eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beantragt wird.

3. Ich beantrage die Psychotherapie als

Die oder der Versicherte gibt an, ob es sich um einen Erstantrag handelt oder um einen Folgeantrag. Ein Erstantrag ist ein erstmaliger Antrag auf Kurzzeittherapie (z. B. bei Kurzeittherapie 1) oder ein Erstantrag auf Langzeittherapie. Auch ein erstmaliger Antrag nach bereits erfolgter Akutbehandlung ist ein Erstantrag. Folgeantrag ist dann anzugeben, wenn es sich um die Umwandlung oder Fortführung einer laufenden Psychotherapie handelt. Dies kann bei der Kurzzeittherapie 2 der Fall sein, bei einer Umwandlung in Langzeittherapie oder bei einer Fortführung der Langzeittherapie. Wird ein Änderungsantrag gestellt – z. B. von Einzeltherapie in Gruppentherapie – ist ebenfalls Folgeantrag anzugeben.

4. Bei Erstanträgen bitte angeben

Handelt es sich um einen Erstantrag, sind zusätzliche Angaben zu machen. Zunächst ist anzugeben, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt wurde. Wenn ja, muss das Datum der letzten Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) angegeben werden. Die Durchführung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde ist vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend. Wird hier „nein“ angekreuzt, ist anzugeben, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde im Ausnahmefall nicht erforderlich ist; dies kann dann der Fall sein, wenn die oder der Versicherte mit einer Diagnose gemäß Paragraf 27 der Psychotherapie-Richtlinie aus stationärer oder rehabilitativer Behandlung entlassen wurde.

Darüber hinaus gibt die oder der Versicherte an, ob vor dem jetzigen Antrag in den letzten zwei Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (Akutbehandlung, KZT1, KZT2 und/oder Langzeittherapie) durchgeführt wurde.

PROZESSBESCHREIBUNG

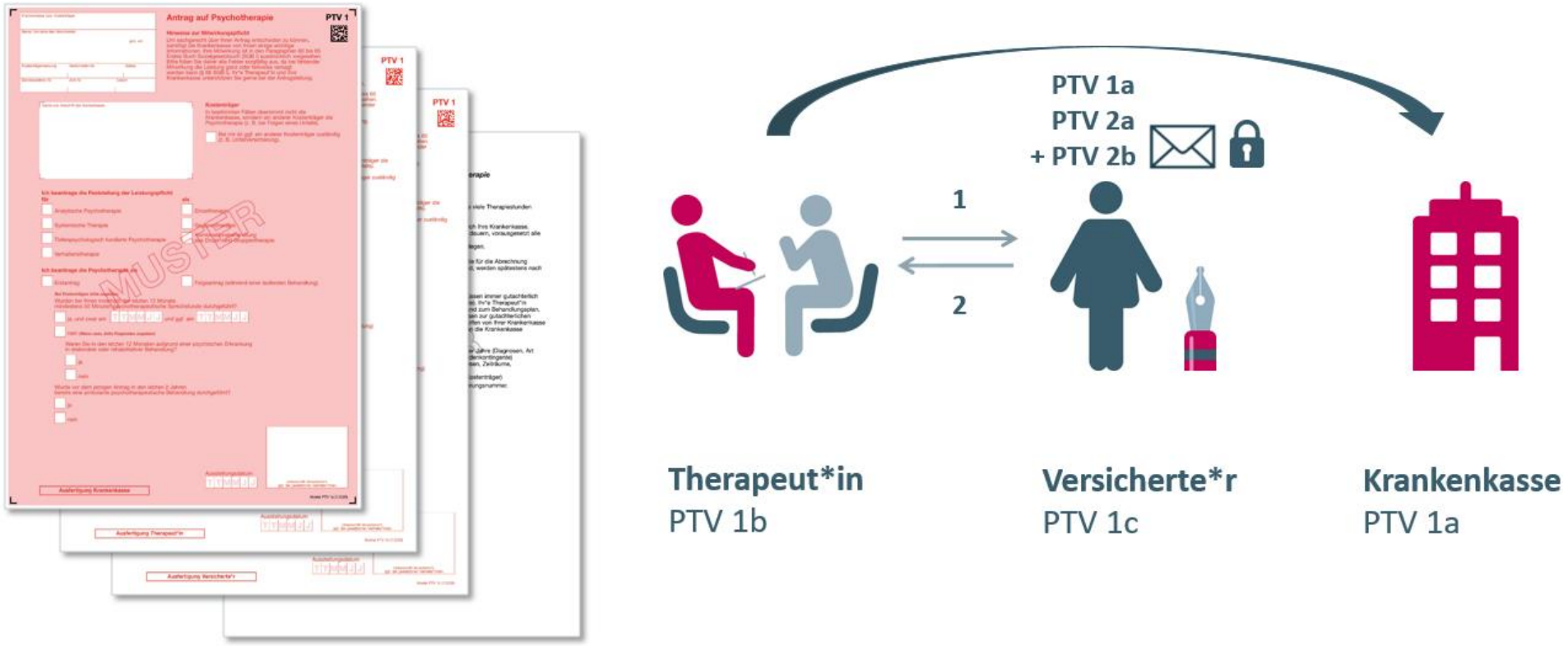
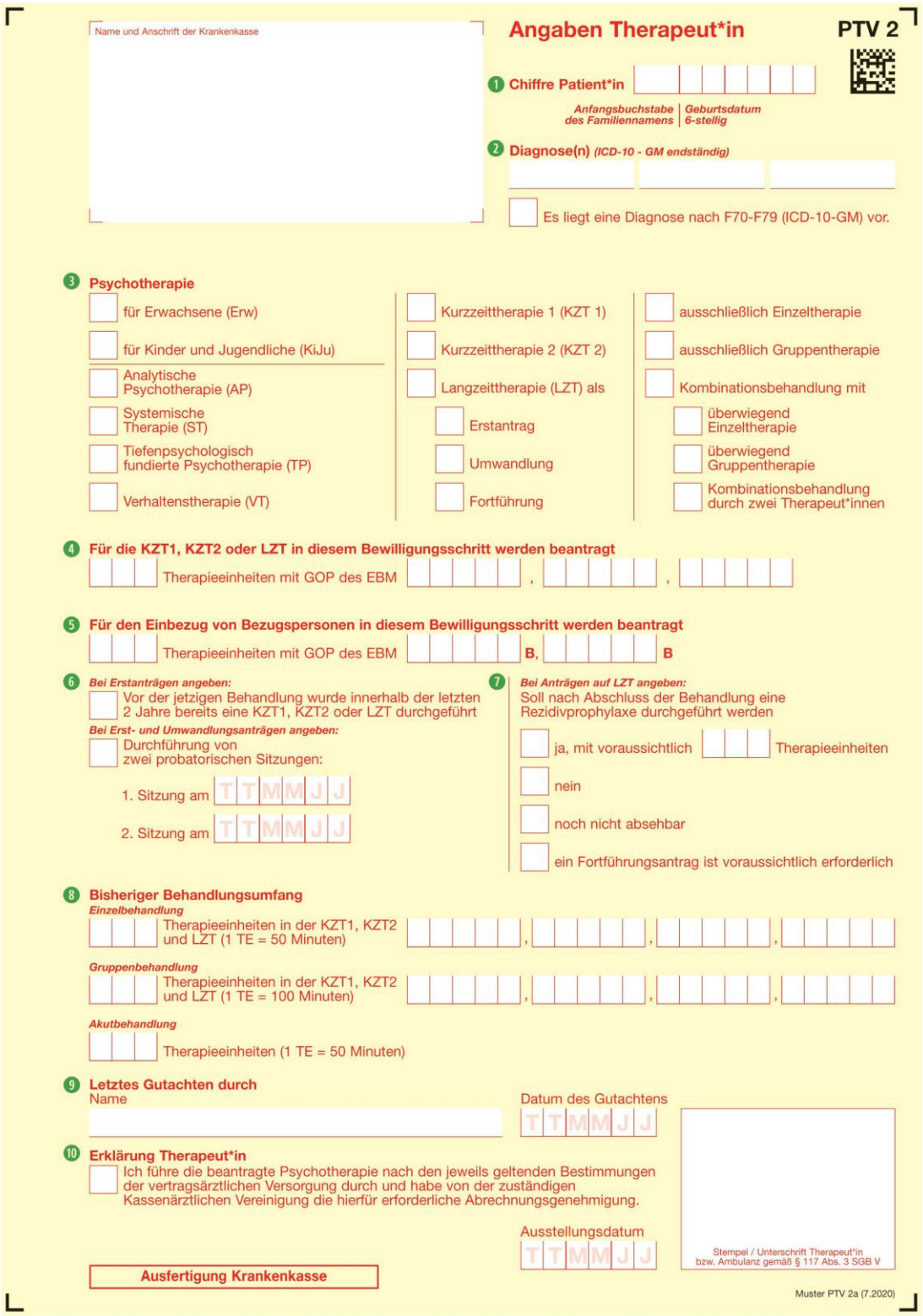


Abbildung 2 – Prozessbeschreibung PTV2

FORMBLATT PTV 2 – ANGABEN THERAPEUT*IN



Name und Anschrift der Krankenkasse

Angaben Therapeut*in PTV 2

1 **Chiffre Patient*in**
Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

2 **Diagnose(n)** *(ICD-10 - GM endständig)*

☐ Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

3 **Psychotherapie**

☐ für Erwachsene (Erw)
☐ für Kinder und Jugendliche (KiJu)
☐ Analytische Psychotherapie (AP)
☐ Systemische Therapie (ST)
☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
☐ Verhaltenstherapie (VT)

☐ Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
☐ Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
☐ Langzeittherapie (LZT) als
  ☐ Erstantrag
  ☐ Umwandlung
  ☐ Fortführung

☐ ausschließlich Einzeltherapie
☐ ausschließlich Gruppentherapie
☐ Kombinationsbehandlung mit
  ☐ überwiegend Einzeltherapie
  ☐ überwiegend Gruppentherapie
  ☐ Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

4 **Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt**
☐☐☐ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐

5 **Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt**
☐☐☐ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ☐☐☐☐☐ **B**, ☐☐☐☐☐ **B**

6 ***Bei Erstanträgen angeben:***
☐ Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt

Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:
☐ Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:
1. Sitzung am T T M M J J
2. Sitzung am T T M M J J

7 ***Bei Anträgen auf LZT angeben:***
Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden
☐ ja, mit voraussichtlich ☐☐☐ Therapieeinheiten
☐ nein
☐ noch nicht absehbar
☐ ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

8 **Bisheriger Behandlungsumfang**
Einzelbehandlung
☐☐☐ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) ☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐

Gruppenbehandlung
☐☐☐ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten) ☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐

Akutbehandlung
☐☐☐ Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

9 **Letztes Gutachten durch**
Name
Datum des Gutachtens T T M M J J

10 **Erklärung Therapeut*in**
☐ Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum T T M M J J

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse

Muster PTV 2a (7.2020)

Abbildung 3 – Muster PTV2

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Chiffre Patient*in

Geben Sie hier die Chiffre der Patientin oder des Patienten an, die die pseudonymisierte Weitergabe der Ausfertigung des Formblatts PTV2b für die Gutachterin oder den Gutachter gewährleistet. Die Chiffre besteht aus dem 1. Anfangsbuchstaben des Familien- bzw. Nachnamens der Patientin oder des Patienten sowie dem Geburtsdatum im Format TTMMJJ.

2. Diagnose(n)

Hier müssen die für die Begründung des Antrags der Patientin oder des Patienten maßgeblichen Diagnose(n) als ICD-10-GM-Codes angegeben werden. Im ggf. erforderlichen Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter sollen alle gestellten Diagnosen angegeben werden. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben. Für einen Antrag auf Psychotherapie ist in der Regel mindestens eine gesicherte Diagnose erforderlich (z. B. „F32.1 G“). Handelt es sich bei der Patientin oder dem Patienten um einen Erwachsenen mit Intelligenzminderung (Diagnose nach F70-F79 ICD-10-GM), muss dies ebenfalls angegeben werden, wenn die für diese Personen-gruppe vorgesehenen zusätzlichen Kontingente für den Einbezug von Bezugspersonen beantragt werden.

3. Psychotherapie: Altersgruppe, Psychotherapieverfahren, Antragsart, Setting

Spezifizieren Sie hier für den Antrag der Patientin oder des Patienten, um was für einen Antrag es sich handelt. Systemische Therapie (ST) kann nur für Erwachsene beantragt werden. Wird die Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten durchgeführt, sind von beiden Therapeutinnen oder Therapeuten die gleichen Angaben zu Antragsart und Behandlungssetting anzugeben und es ist zusätzlich das Feld „Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen“ anzukreuzen.

4. Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Geben Sie hier die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten für die Patientin oder den Patienten im jeweiligen Bewilligungsschritt an. Die Gesamtanzahl kann sich nur auf die Einzeltherapie, nur auf die Gruppentherapie oder auf eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beziehen. Die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten darf die Grenzen des Bewilligungsschritts nach den Paragrafen 29 und 30 der Psycho-therapie-Richtlinie nicht überschreiten (eine Unterschreitung ist möglich). Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Im Therapieverlauf bereits durchgeführte Therapieeinheiten der Akutbehandlung, KZT1, KZT2 und LZT müssen abgezogen werden. Zusätzlich zur Gesamtanzahl geben Sie die entsprechenden GOPen des EBM an, auf die sich die beantragten Therapieeinheiten beziehen.

Besonderheit bei Gruppentherapie: Geben Sie bei der Beantragung von Therapieeinheiten für die Gruppentherapie im Rahmen einer Gruppen- oder Kombinationsbehandlung die jeweilige GOP der Gruppentherapieleistung mit einem „X“ an fünfter Stelle an; die Gruppengröße muss bei Antragstellung nicht festgelegt werden. Wird die Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten beantragt, gibt jede Therapeutin oder jeder Therapeut nur das von ihr oder ihm selbst durchzuführende Kontingent an (GOP entweder für Einzeltherapie oder für Gruppentherapie), wobei die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten beider Therapeutinnen oder Therapeuten zusammengenommen die Grenzen des Bewilligungsschritts nach den Paragrafen 29 und 30 der Psychotherapie-Richtlinie nicht überschreiten darf. Die Vorgaben zur gemeinsamen Antragstellung bei zwei Therapeutinnen oder Therapeuten gemäß Paragraf 11 Absatz 9 Psychotherapie-Vereinbarung sind zu beachten.

5. Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Zusätzliche Therapieeinheiten für den Einbezug von Bezugspersonen können nur für Kinder und Jugendliche im Sinne des Paragrafen 1 Absatz 4 der Psychotherapie-Richtlinie sowie für Erwachsene mit Intelligenzminderung beantragt werden. Bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung ist das Vorliegen einer Diagnose nach F70-79 ICD-10-GM Voraussetzung und muss bei den Diagnosen (siehe Punkt 2) angegeben werden. Geben Sie in dieser Zeile die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten für Einbezug von Bezugspersonen im jeweiligen Bewilligungsschritt an. Der Einbezug von Bezugspersonen ist im Rahmen einer Richtlinientherapie

sowohl in Einzel- als auch in Gruppenkontakten (der Bezugspersonen) möglich; die beantragten GOP für die Bezugspersonen in dieser Zeile müssen nicht zwangsläufig dem beantragten Setting der psychotherapeutischen Behandlung der Patientin oder des Patienten entsprechen (siehe hierzu § 11 Abs. 10 und Abs. 11 Psychotherapie-Vereinbarung). Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Zusätzlich zur Gesamtanzahl geben Sie bitte die entsprechenden GOPen an, auf die sich die beantragten Therapieeinheiten beziehen.

6. Bei Erstanträgen angeben / Bei Erst- und Umwandlungsanträge angeben

Bei Erstanträgen geben Sie bitte an, ob innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie durchgeführt wurde. Ist dies der Fall, so wird der Antrag von der Krankenkasse einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung vorgelegt (gutachtenpflichtiger Antrag).

Bei Erst- und Umwandlungsanträgen sind die Daten der 1. und 2. verpflichtenden probatorischen Sitzungen im Format TTMMJJ anzugeben. Ein Antrag ist bereits nach der ersten durchgeführten probatorischen Sitzung möglich, wenn für die zweite probatorische Sitzung bereits ein Termin mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart ist. Die Angabe des Datums der 2. Sitzung kann zum Zeitpunkt der Antragstellung in der Zukunft liegen. Vor Beginn der beantragten Psychotherapie müssen beide Sitzungen durchgeführt worden sein.

7. Bei Anträgen auf LZT angeben

Wird ein Erst-, Umwandlungs-, oder Fortführungsantrag auf Langzeittherapie gestellt, sind Angaben zur Durchführung einer Rezidivprophylaxe zu machen. Soll eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden (Angabe „ja“), ist die voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten anzugeben (siehe hierzu § 14 Psycho-therapie-Richtlinie). Wird in gutachtenpflichtigen Anträgen „noch nicht absehbar“ angegeben, ist hierzu eine Begründung im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter erforderlich.

8. Bisheriger Behandlungsumfang

Geben Sie hier die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits mit der Patientin oder dem Patienten durchgeführten Therapieeinheiten an. Hierbei ist zwischen der Anzahl der Therapieeinheiten in der Einzelbehandlung einer Kurz- und/oder Langzeittherapie (in 50-Minuten-Schritten), in der Gruppenbehandlung einer Kurz- und/oder Langzeittherapie (in 100-Minuten-Schritten) und in der Akutbehandlung (in 50-Minuten-Schritten) zu trennen. Zusätzlich sind bei Kurz- oder Langzeittherapie die zugehörigen GOPen der bereits durchgeführten Therapieeinheiten anzugeben. Bitte geben Sie nur die mit der Patientin oder dem Patienten durchgeführten Therapieeinheiten an (Patientenkontingent). Die Hinzuzählung von zusätzlichen, nur für die Einbeziehung von Bezugspersonen beantragten und durchgeführten Therapieeinheiten (bei Kindern und Jugendlichen oder ggf. Erwachsenen mit Intelligenzminderung) ist für die Angabe des bisherigen Behandlungsumfangs nicht vorgesehen. Die zusätzliche Angabe eines „B“, wenn in diesem Patientenkontingent ggf. Bezugspersonen einbezogen waren, ist nicht erforderlich.

9. Letztes Gutachten durch

Hat vor dem Zeitpunkt der jetzigen Antragstellung bereits eine Gutachterin oder ein Gutachter zu der laufenden Behandlung Stellung genommen, so sind hier der Name der Gutachterin oder des Gutachters und das Datum der letzten Stellungnahme (Gutachten) anzugeben.

10. Erklärung Therapeut*in

Durch das Ankreuzen erklären Sie, dass Sie die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden

Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung (u. a. Psychotherapie-Richtlinie, Psychotherapie-Vereinbarung sowie weitere Bestimmungen im Bundesmantelvertrag – Ärzte) durchführen und von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderlichen Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung erhalten haben.

Bei Durchführung der Psychotherapie durch Teilnehmende einer Aus- oder Weiterbildung ist diese Erklärung ebenfalls durch die oder den Teilnehmende/n der Aus- und Weiterbildung zu bestätigen; in diesem Fall ist im Unterschriftenfeld der Stempel und die zusätzliche Unterschrift der Ambulanz gemäß Paragraf

117 Absatz 3 SGB V bzw. der Person erforderlich, die die Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung hat (z. B. der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers mit einer bzw. einem genehmigten Weiterbildungsassistentin bzw. -assistenten). Aus den Antragsunterlagen und/oder im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter muss eindeutig hervorgehen, wer die Psychotherapie durchführt und wer die Fallverantwortung hat (z. B. zuständige*r Supervisor*in).

PROZESSBESCHREIBUNG

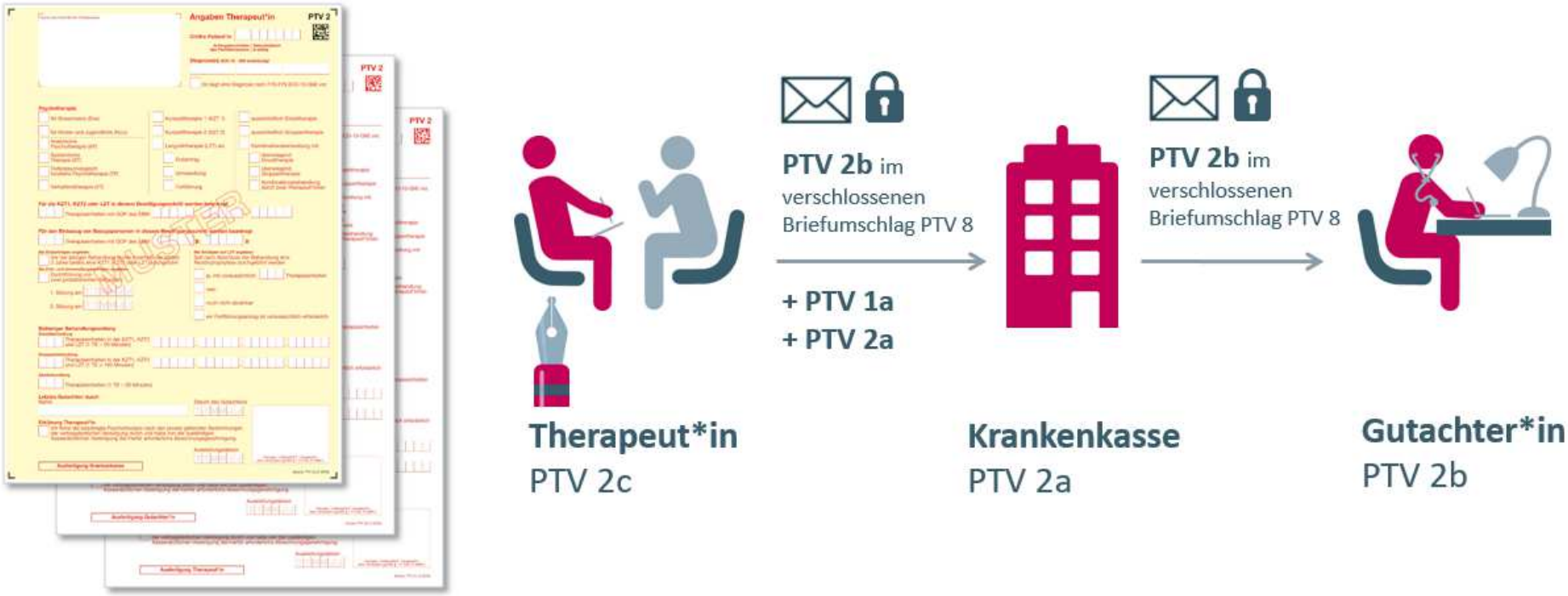


Abbildung 4 – Prozessbeschreibung PTV2

LEITFADEN PTV3 – LEITFADEN ZUM ERSTELLEN DES BERICHTS AN DIE GUTACHTER*IN

Hinweise

Der Leitfaden PTV 3 enthält wichtige Hinweise zum Erstellen des Berichts zum Erst- und Umwandlungsantrag bzw. zum Fortführungsantrag. Der Therapeut verfasst auf Grundlage des Leitfadens den Bericht an den Gutachter in freier Form und unterzeichnet und datiert den Bericht entsprechend. Der Leitfaden verbleibt beim Therapeuten.

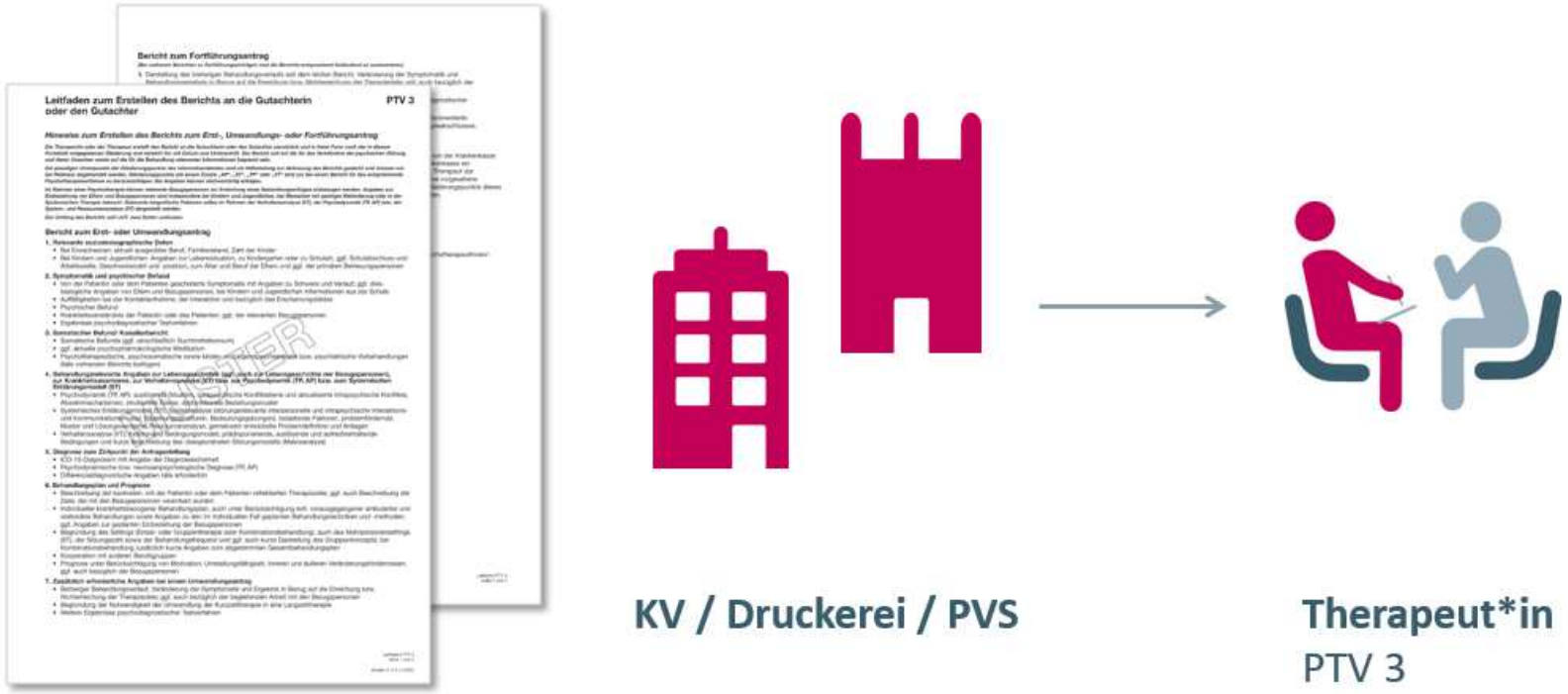


Abbildung 5 – Prozessbeschreibung PTV3

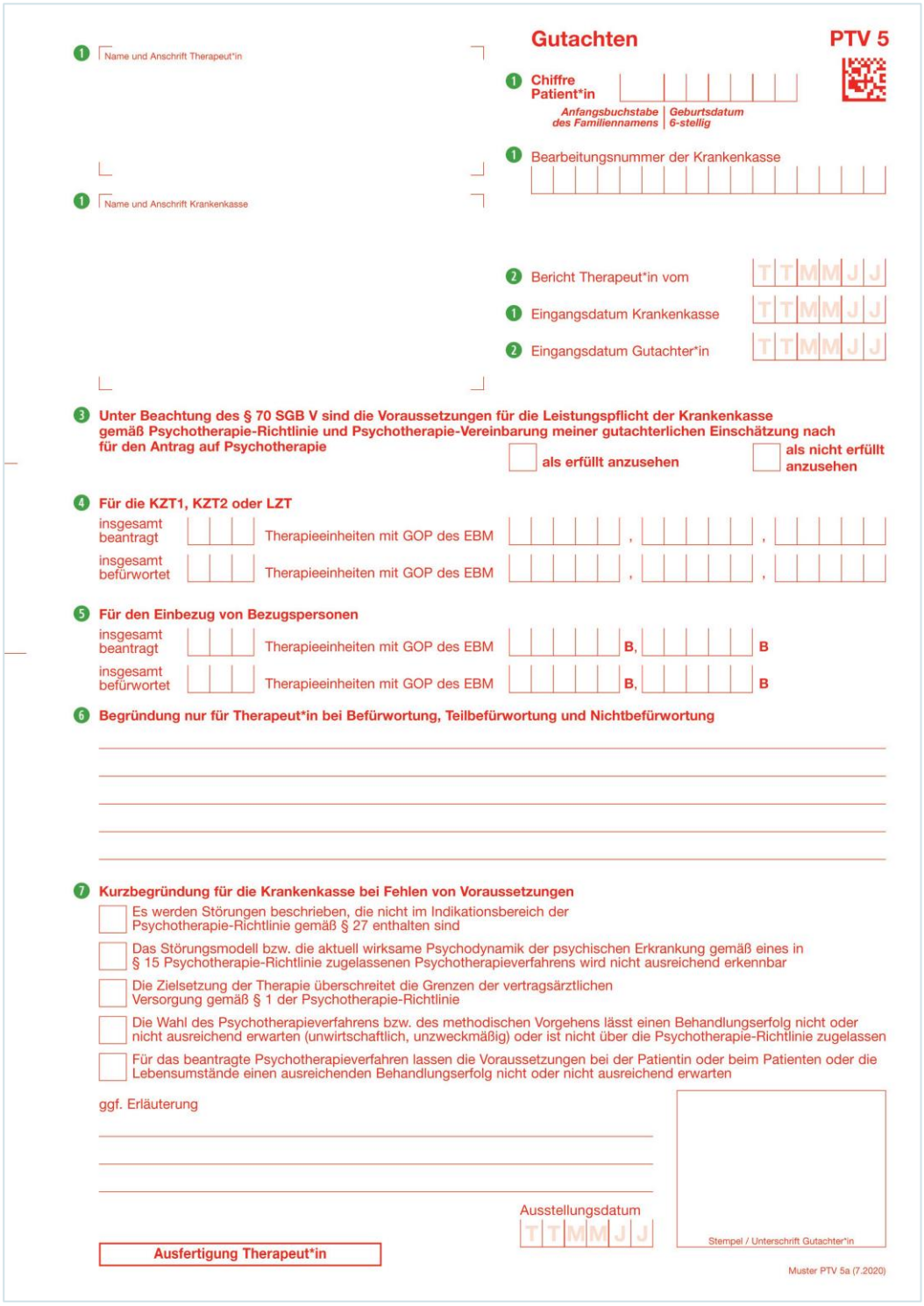
FORMBLATT PTV4 – AUFTRAG ZUR BEGUTACHTUNG

Hinweise

Das Formblatt PTV 4 wird nur von der Krankenkasse ausgefüllt. Die Krankenkasse beauftragt mit dem Formblatt PTV 4 eine gutachterliche Stellungnahme und sendet das PTV 4 gemeinsam mit dem Formblatt PTV 5, einem Freiumschlag und weiteren Unterlagen im verschlossenen Briefumschlag PTV 8 (Bericht, ggf. Konsiliarbericht und weitere Befundberichte) an den Gutachter.

Abbildung 6 – Prozessbeschreibung PTV4

FORMBLATT PTV 5 – GUTACHTEN



Gutachten **PTV 5**

1 Name und Anschrift Therapeut*in

1 Chiffre Patient*in
Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

1 Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

1 Name und Anschrift Krankenkasse

2 Bericht Therapeut*in vom T T M M J J

1 Eingangsdatum Krankenkasse T T M M J J

2 Eingangsdatum Gutachter*in T T M M J J

3 Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den Antrag auf Psychotherapie

☐ als erfüllt anzusehen ☐ als nicht erfüllt anzusehen

4 Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM _____ , _____ , _____

insgesamt befürwortet ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM _____ , _____ , _____

5 Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM _____ B, _____ B

insgesamt befürwortet ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM _____ B, _____ B

6 Begründung nur für Therapeut*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

7 Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

☐ Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 27 enthalten sind

☐ Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar

☐ Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie

☐ Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen

☐ Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen bei der Patientin oder beim Patienten oder die Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

Ausstellungsdatum T T M M J J

Stempel / Unterschrift Gutachter*in

Ausfertigung Therapeut*in

Muster PTV 5a (7.2020)

Abbildung 7 – Muster PTV5

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Von der Krankenkasse zu übermittelnde Angaben

Das Formblatt PTV 5 wird für Gutachten und Zweitgutachten genutzt. Die Krankenkasse teilt der von ihr beauftragten Gutachterin oder dem von ihr beauftragten Gutachter Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten, Name und Anschrift der Krankenkasse für die Rücksendung, eine dem Gutachtenauftrag zugehörige Bearbeitungsnummer der Krankenkasse, die zugehörige Chiffre der Patientin oder des Patienten sowie das Eingangsdatum des Antrags der Patientin oder des Patienten bei der Krankenkasse mit.

2. Bericht Therapeut*in vom / Eingangsdatum Gutachter*in

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt hier im Format TTMMJJ das Datum des von der Therapeutin oder vom Therapeuten erstellten Berichts an und das Datum, an dem der Gutachten- oder Zweitgutachtenauftrag bei ihr oder ihm eingetroffen ist.

3. Gutachterliche Einschätzung: Erfüllung der Voraussetzung für die Leistungspflicht

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt an, ob für den vorliegenden Antrag ihrer oder seiner Einschätzung nach und unter Beachtung von § 70 SGB V die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung als erfüllt oder als nicht erfüllt anzusehen sind.

4. Für die KZT1, KZT2 oder LZT

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt die Gesamtanzahl der beantragten und die Gesamtanzahl der von ihr oder ihm befürworteten Therapieeinheiten mit den dazugehörigen GOPen an. Die Gesamtanzahl kann sich nur auf die Einzeltherapie, nur auf die Gruppentherapie oder auf eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beziehen. Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Andere als die beantragten GOPen können nicht befürwortet werden.

5. Für den Einbezug von Bezugspersonen

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt die Gesamtanzahl der beantragten und die Gesamtanzahl der von ihr oder ihm befürworteten Therapieeinheiten für den Einbezug von Bezugspersonen mit den dazugehörigen GOPen an. Die Gesamtanzahl kann sich nur auf die Einzeltherapie, nur auf die Gruppentherapie oder auf eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beziehen. Der Einbezug von Bezugspersonen ist im Rahmen einer Richtlinientherapie sowohl in Einzel- als auch in Gruppenkontakten (der Bezugspersonen) möglich; die beantragten GOPen für die Bezugspersonen in dieser Zeile müssen nicht zwangsläufig dem beantragten Setting der psychotherapeutischen Behandlung der Patientin oder des Patienten entsprechen (siehe hierzu § 11 Abs. 10 und Abs. 11 Psychotherapie-Vereinbarung). Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Andere als die beantragten GOPen können nicht befürwortet werden.

6. Begründung nur für Therapeut*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Die Gutachterin oder der Gutachter begründet ihre oder seine Stellungnahme für die Therapeutin oder den Therapeuten im Freitextfeld unter besonderer Beachtung von fachlich-inhaltlichen Aspekten. Diese Begründung darf nicht an die Krankenkasse übermittelt werden.

7. Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

Die Gutachterin oder der Gutachter begründet ihre oder seine Stellungnahme für die Krankenkasse durch Auswahl und ggf. Erläuterung der für ihre oder seine Einschätzung maßgeblichen Punkte. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Bei Nicht- und Teilbefürwortung muss die Gutachterin oder der Gutachter mindestens eine Kurzbegründung angeben und/oder nutzt das Freitextfeld für eine Erläuterung. Im Frei-textfeld sind die Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse sowie die besonders schützenswerte Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut zu beachten.

PROZESSBESCHREIBUNG PTV 5

Abbildung 8 – Prozessbeschreibung PTV5

FORMBLATT PTV 8 – BRIEFUMSCHLAG: UNTERLAGEN FÜR DAS GUTACHTENVERFAHREN

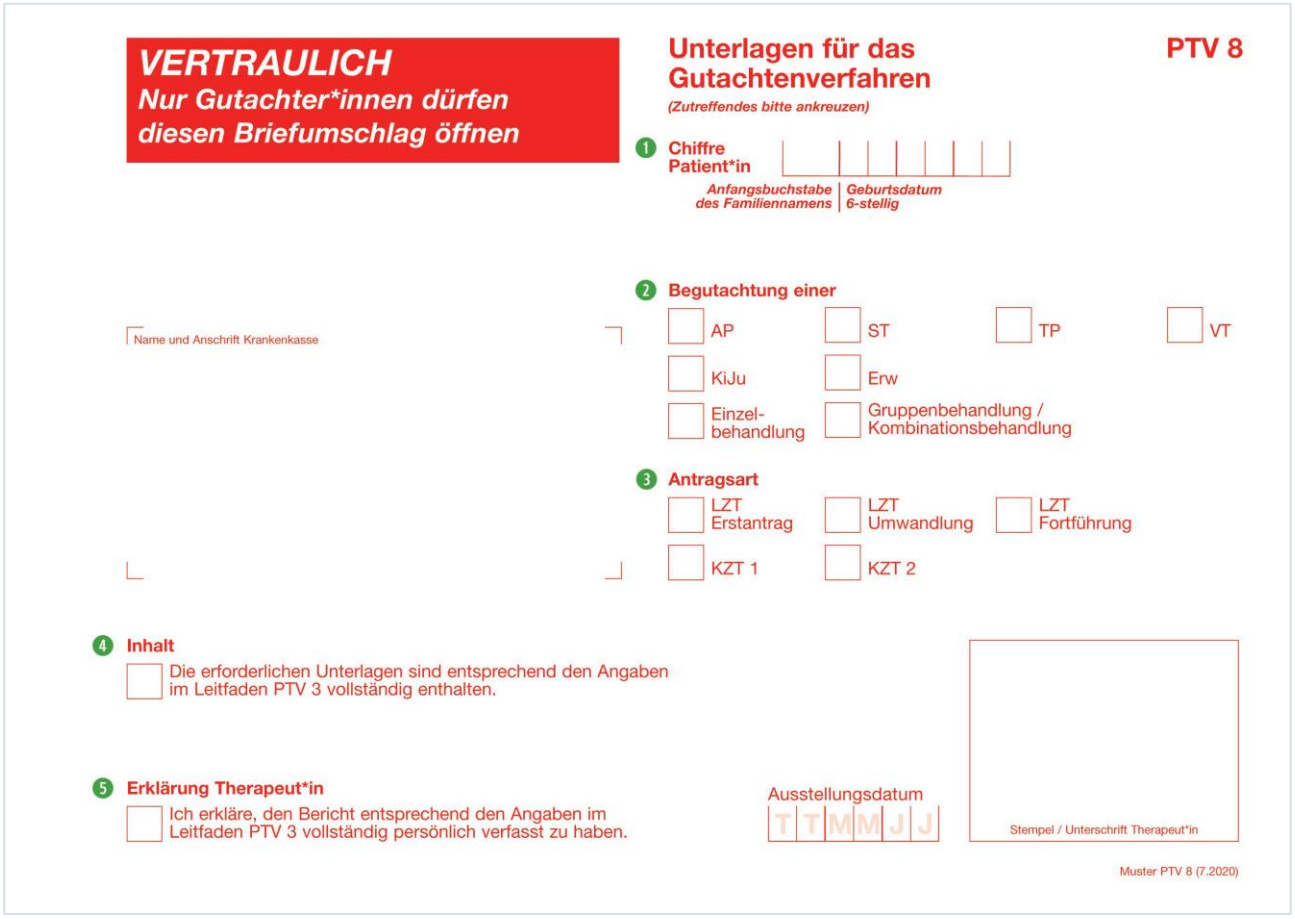


Abbildung 9 – Muster PTV8

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Chiffre Patient*in

Geben Sie hier bitte die Chiffre der Patientin oder des Patienten an, die die pseudonymisierte Weitergabe der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter gewährleistet. Die Chiffre besteht aus dem 1. Anfangsbuchstaben des Familien- bzw. Nachnamens der Patientin oder des Patienten sowie dem Geburtsdatum im Format TTMMJJ.

2. Begutachtung einer

Geben Sie hier an, welche Psychotherapie von der Patientin oder vom Patienten beantragt wurde, damit die Krankenkasse die Unterlagen an eine passende Gutachterin bzw. einen passenden Gutachter übermitteln kann. Für eine Analytische Psychotherapie“ geben Sie „AP“, für eine Systemische Therapie „ST“, für eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie „TP“ oder für eine Verhaltenstherapie „VT“ an. Geben Sie auch an, ob es sich um eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KiJu) oder um eine Psychotherapie für Erwachsene (Erw) handelt und in welchem Setting die Psychotherapie stattfinden soll (Einzelbehandlung oder Gruppenbehandlung/Kombinationsbehandlung). Ein Anspruch durch Therapeutinnen oder Therapeuten auf Ausschluss von bestimmten Gutachterinnen oder Gutachtern besteht nicht. Die zuständige Krankenkasse der Patientin oder des Patienten weist in Abhängigkeit von der beantragten Psychotherapie eine hierfür bestellte Gutachterin bzw. einen hierfür bestellten Gutachter zu. Gutachterinnen und Gutachter dürfen in mehreren Bereichen bestellt sein (z. B. AP Erw und TP Erw oder VT Erw und VT KiJu).

3. Antragsart

Geben Sie hier an, um welche Antragsart es sich handelt. Die Abkürzung „LZT“ steht für Langzeittherapie, die Abkürzung „KZT“ für Kurzzeittherapie. Sie können hier nur ein Feld auswählen.

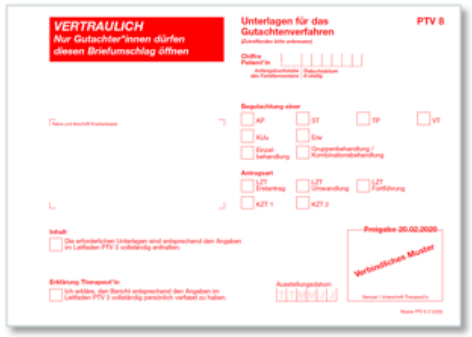
4. Inhalt

Bestätigen Sie hier, dass alle erforderlichen Unterlagen entsprechend des Leitfadens PTV 3 vollständig im Briefumschlag enthalten sind. Die Vollständigkeit der Unterlagen hilft, Rückfragen und Verzögerungen bei Antrags- und Gutachtenverfahren zu vermeiden.

5. Erklärung Therapeut*in

Bestätigen Sie hier, dass Sie den Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter vollständig persönlich verfasst haben. Der im Briefumschlag enthaltene Bericht muss mit Datum und Unterschrift versehen sein.

PROZESSBESCHREIBUNG PTV8



PTV 8 enthält
Bericht gemäß PTV 3
PTV 2b

+ ggf. Konsiliarbericht
+ ggf. ergänzende Befundberichte

Weiterleitung
ohne Öffnung des Briefumschlags

+ ggf. ergänzende Informationen Patient*in

Therapeut*in **Krankenkasse** **Gutachter*in**

verschlossener Briefumschlag **PTV 8** für alle Therapieverfahren

Bei Zweitgutachten: zusätzliche Unterlagen gemäß PTV 3
Folgegutachten nach Zweitgutachten: zusätzliche Unterlagen aus dem Zweitgutachtenverfahren

Abbildung 10 – Prozessbeschreibung PTV8

INFORMATIONSBLATT PTV10 – AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Hinweise

Das Formblatt PTV 10 wird jedem Versicherten während der Psychotherapeutischen Sprechstunde zur Information ausgehändigt.

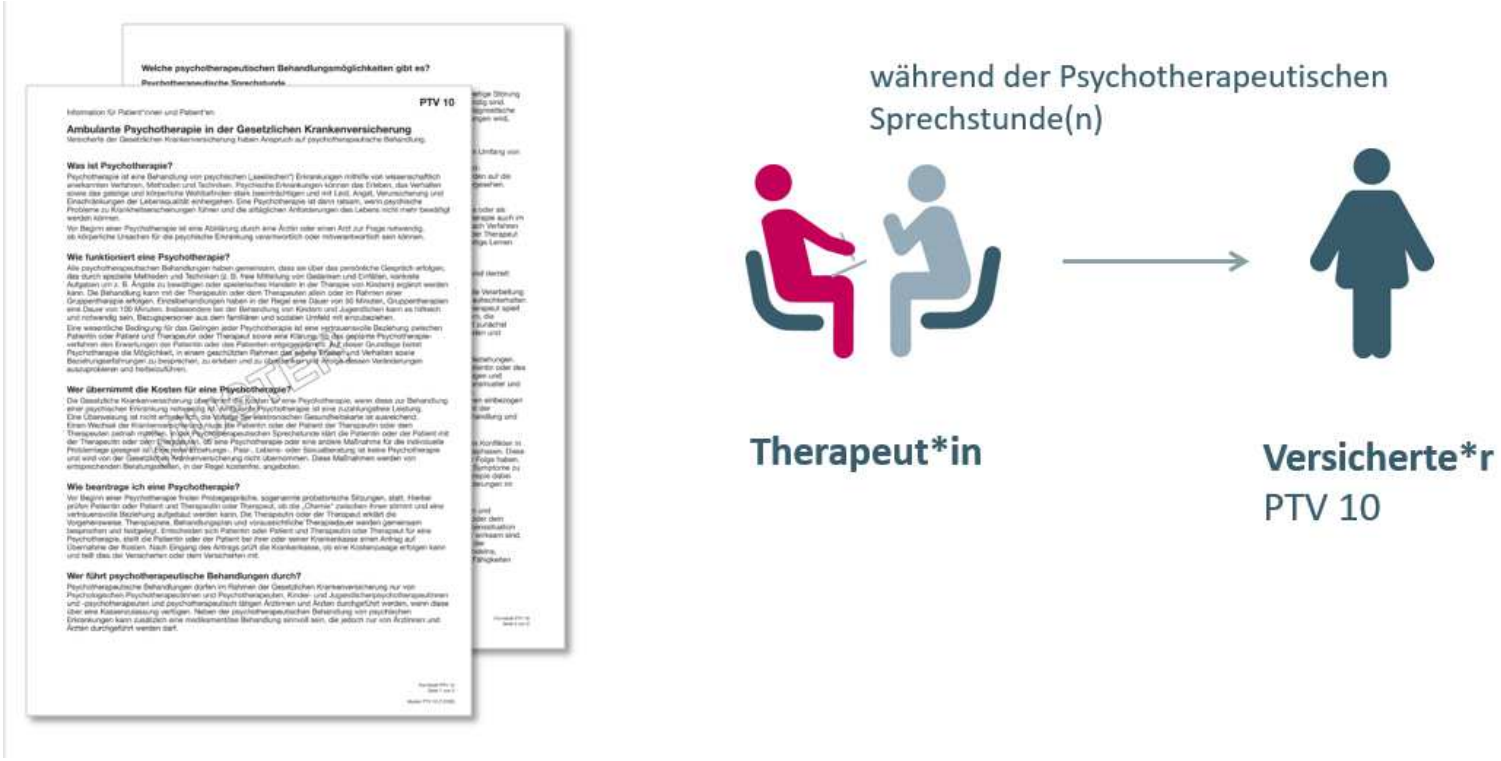


Abbildung 11 – Informationsblatt PTV10

FORMBLATT PTV 11 – INDIVIDUELLE INFORMATION ZUR PSYCHO-THERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE

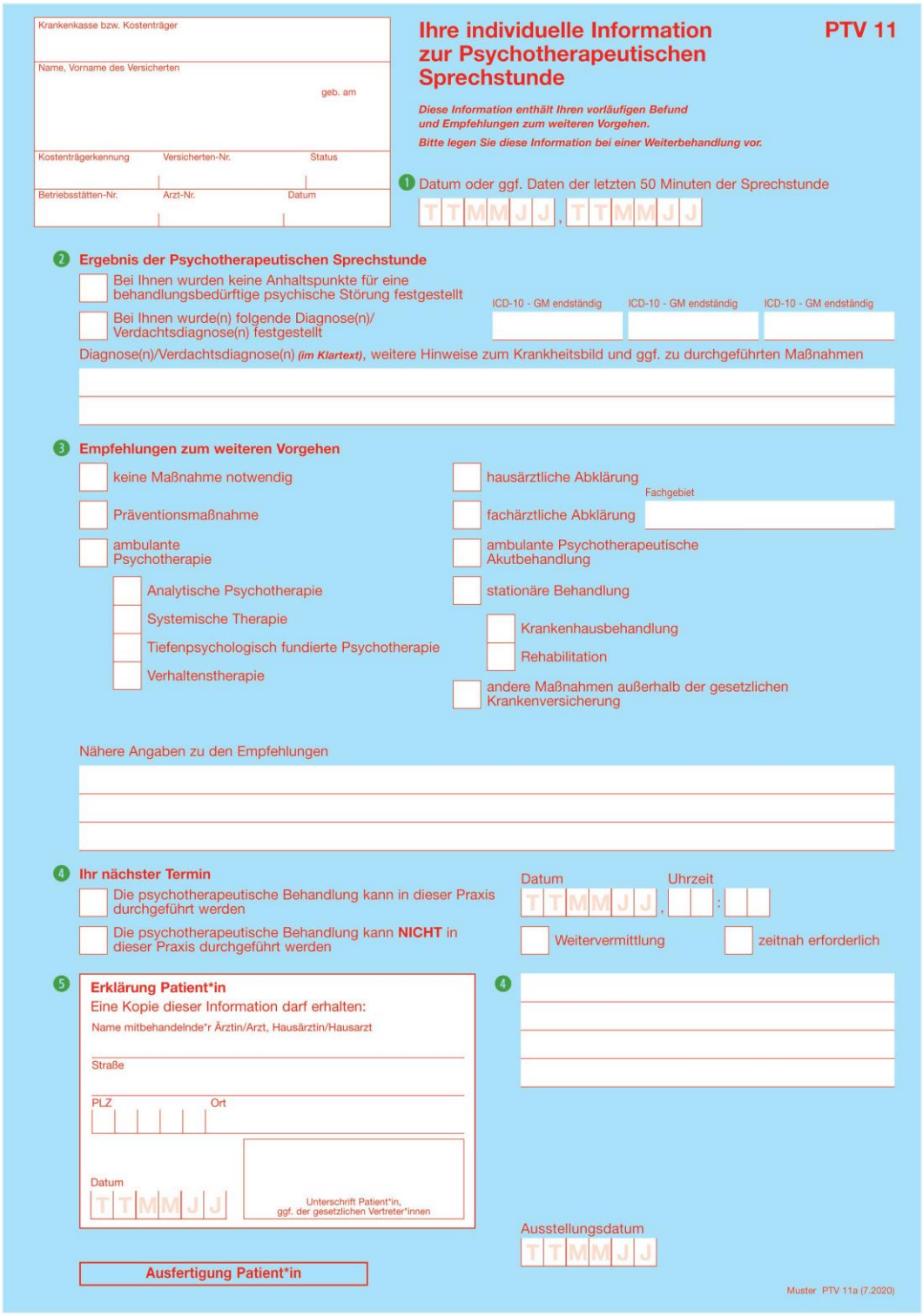


Abbildung 12 – Muster PTV11

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Geben Sie hier bitte das Datum der letzten Psychotherapeutischen Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Psychotherapeutischen Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) jeweils im Format TTMMJJ an. Eine Psychotherapeutische Sprechstunde (1 x 50 oder 2 x 25 Minuten) ist vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend.

2. Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Machen Sie hier Angaben zum Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde im Sinne eines vorläufigen Befundberichts. Wenn Sie eine psychische Erkrankung oder einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung feststellen, geben Sie die Diagnose(n) als endständige ICD-10-GM-Codes an. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „V“ für „Verdachtsdiagnose“). Erläutern Sie im Freitextfeld die festgestellten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen in einer für die Patientin oder den Patienten verständlichen Sprache. Im Freitextfeld können Sie für die Patientin oder den Patienten bzw. für eine Weiterbehandlerin oder einen Weiterbehandler relevante Zusatzinformationen angeben, wie weitere Hinweise zum Krankheitsbild oder Angaben zu den ggf. bereits durchgeführten Maßnahmen (z. B. Ergebnisse von Testverfahren).

3. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Geben Sie der Patientin oder dem Patienten hier Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Wird eine ambulante Psychotherapie empfohlen, muss in Punkt 4 („Ihr nächster Termin“) angegeben werden, ob die Psychotherapie zeitnah erforderlich ist oder nicht. Das Ergebnis einer Psychotherapeutischen Sprechstunde kann auch sein, dass keine Maßnahme oder aber eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich ist. Ist eine weitere Abklärung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt erforderlich, geben Sie das entsprechende Fachgebiet an. Erläutern Sie im Freitextfeld die aus Ihrer Sicht empfohlenen Maßnahmen. Machen Sie hier nähere Angaben zur Art der Maßnahme (z. B. um welche Präventionsmaßnahme oder andere Maßnahme handelt es sich?). Handelt es sich bei der Empfehlung um eine Weiterbehandlung, können Sie auch hierzu nähere Angaben machen (z. B. „Gruppentherapie sinnvoll“). Bitte achten Sie auf eine für die Patientin oder den Patienten verständliche Sprache und erläutern Sie der Patientin oder dem Patienten Ihre Empfehlungen zum Abschluss der Psychotherapeutischen Sprechstunde(n) mündlich.

4. Ihr nächster Termin

Wenn Sie der Patientin oder dem Patienten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (ambulante Psychotherapie und/oder ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung) empfehlen, geben Sie hier an, ob diese in Ihrer Praxis durchgeführt werden kann oder nicht. Bei Durchführung in Ihrer Praxis können Sie hier den nächsten Termin mit Uhrzeit bei Ihnen angeben.

Vermittlung über Terminservicestelle / Patientenservice:

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine Weitervermittlung über die Terminservicestelle (www.116117.de, Tel. 116 117) für die sich aus der Abklärung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine (§ 75 Abs. 1a SGB V). Bei der Empfehlung für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung wird davon ausgegangen, dass diese immer zeitnah erforderlich ist. Bei der Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie muss explizit angegeben werden ob diese „zeitnah erforderlich“ ist oder nicht. Sollte eine Vermittlung über die Terminservicestelle erforderlich sein (z. B. weil die Behandlung in Ihrer Praxis nicht durchgeführt werden kann oder weil keine eigenständige Vermittlung an eine andere Praxis möglich ist etc.), müssen folgende Angaben gemacht werden:

- Bei Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie (vgl. Angaben in Punkt 3) geben Sie immer „Weitervermittlung“ an. Geben Sie an, ob diese „zeitnah erforderlich“ ist oder nicht. Nur wenn Sie angeben, dass die Weitervermittlung „zeitnah erforderlich“ ist, hat die Patientin oder der Patient einen Anspruch auf die Vermittlung von probatorischen Sitzungen über die Terminservice-stelle.

› Bei Empfehlung für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung (vgl. Angaben in Punkt 3), geben Sie immer „Weitervermittlung“ und immer „zeitnah erforderlich“ an.

Im Freitextfeld müssen bei Weitervermittlung über die Terminservicestelle der Vermittlungscode und die Kontaktdaten der Terminservicestelle angegeben werden.

Andere Weitervermittlung:

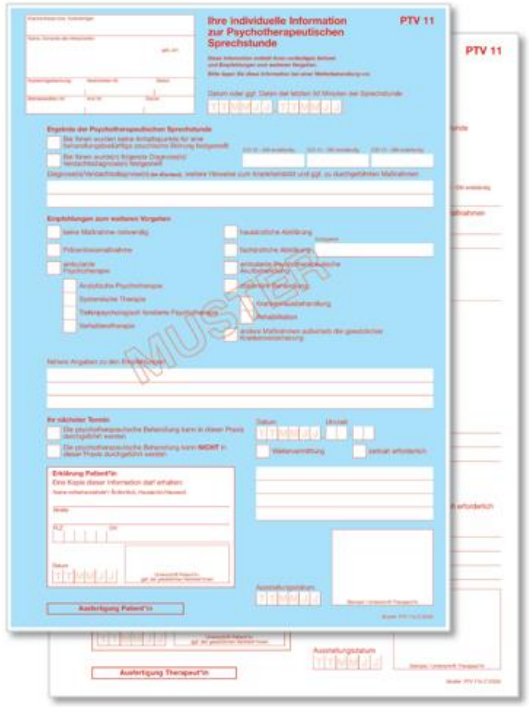
Das Freitextfeld kann in Kombination mit der Angabe „Weitervermittlung“ auch für die Vermittlung an Fachkolleginnen und Fachkollegen (eine entsprechende Absprache vorausgesetzt) oder für eine Zuweisung in andere Versorgungsbereiche (wie z. B. Beratungsstellen) genutzt werden und beispielsweise Kontaktdaten, Öffnungszeiten oder weitere Informationen zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten angegeben werden.

Vergewissern Sie sich bei der mündlichen Erläuterung Ihrer Empfehlungen, dass sich die Patientin oder der Patient über ihre oder seine nächsten Schritte im Klaren ist.

5. Erklärung Patient*in

Wünscht die Patientin oder der Patient die Weitergabe einer Kopie der individuellen Information an die Hausärztin oder den Hausarzt oder eine andere mitbehandelnde Ärztin bzw. einen anderen mitbehandelnden Arzt, kann sie oder er hier die entsprechenden Kontaktinformationen eintragen und ihr oder sein Einverständnis zur Übermittlung mit Unterschrift bestätigen.

PROZESSBESCHREIBUNG PTV11



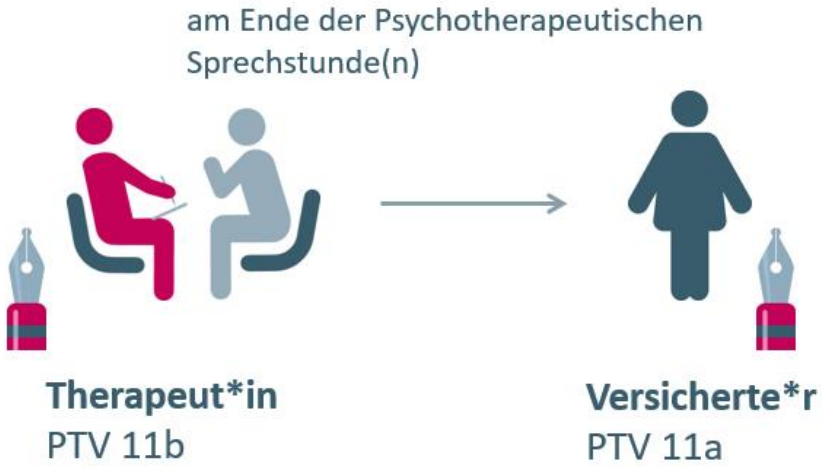
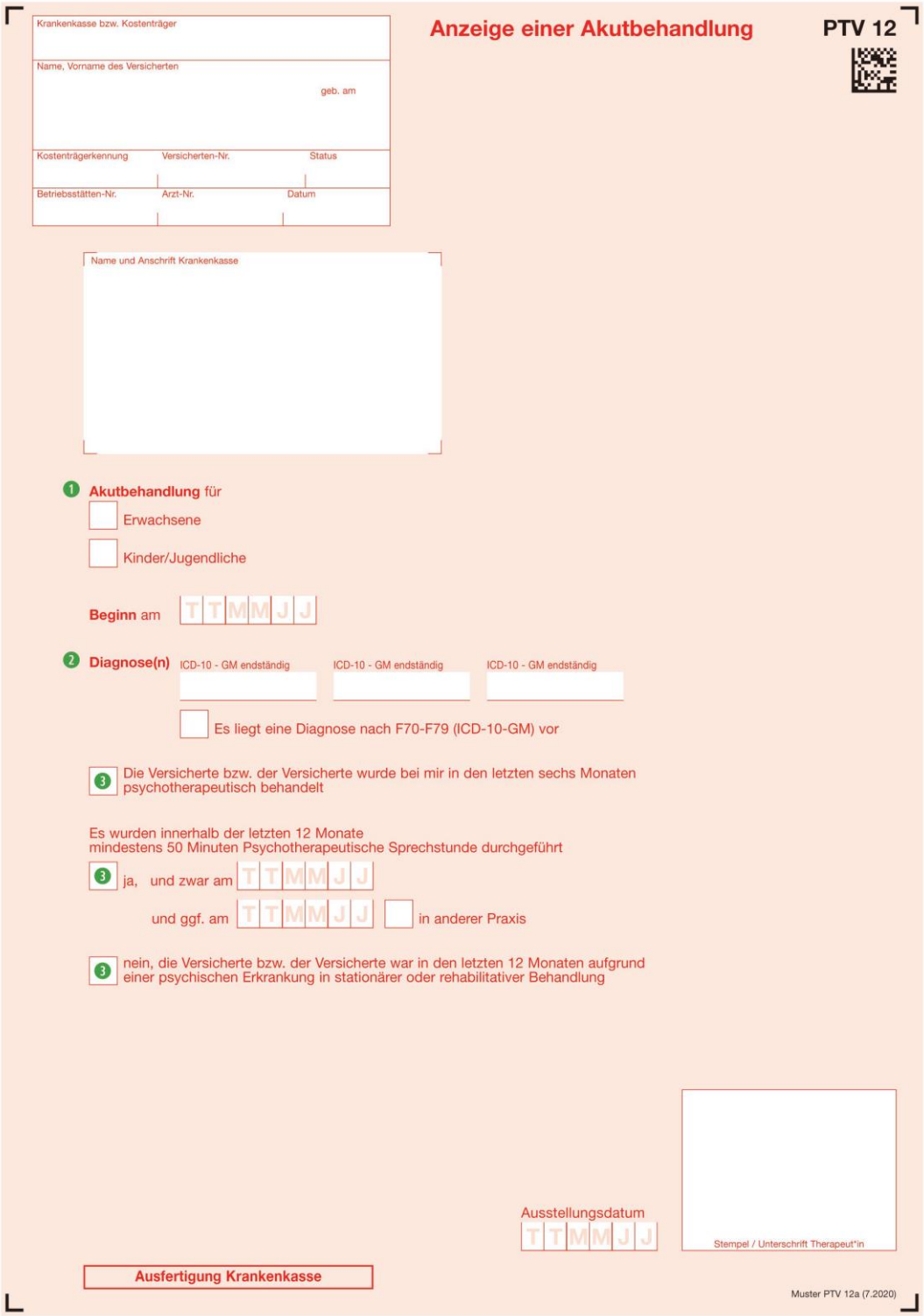


Abbildung 13 – Prozessbeschreibung PTV11

FORMBLATT PTV 12 – ANZEIGE EINER AKUTBEHANDLUNG


Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Anzeige einer Akutbehandlung

PTV 12

Name und Anschrift Krankenkasse

1 **Akutbehandlung** für

☐ Erwachsene

☐ Kinder/Jugendliche

Beginn am T T M M J J

2 **Diagnose(n)** ICD-10 - GM endständig | ICD-10 - GM endständig | ICD-10 - GM endständig

☐ Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor

3 Die Versicherte bzw. der Versicherte wurde bei mir in den letzten sechs Monaten psychotherapeutisch behandelt

Es wurden innerhalb der letzten 12 Monate
mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt

3 ja, und zwar am T T M M J J

und ggf. am T T M M J J ☐ in anderer Praxis

3 nein, die Versicherte bzw. der Versicherte war in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung

Ausstellungsdatum T T M M J J

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Krankenkasse

Muster PTV 12a (7.2020)

Abbildung 14 – Muster PTV12

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Akutbehandlung für / Beginn am

Geben Sie hier an, ob die Akutbehandlung bei einem Erwachsenen (Erwachsenenbehandlung) oder bei einem Kind oder einer bzw. einem Jugendlichen (Kinder- und Jugendlichenbehandlung) durchgeführt wird. Besteht eine Zulassung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können in der Akutbehandlung zusätzliche Kontingente für den Einbezug der Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden (maximal 6 x 25 Minuten oder 3 x 50 Minuten). Diese zusätzlichen Kontingente stehen auch für Erwachsene mit Intelligenzminderung zur Verfügung, wenn Bezugspersonen einbezogen werden; in diesem Fall ist das Vorliegen einer Diagnose nach F70-79 ICD-10-GM Voraussetzung und muss bei den Diagnosen (siehe Punkt 2) angegeben werden.

Geben Sie den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung im Format TTMMJJ an. Die Akutbehandlung muss spätestens am Tag ihres Beginns angezeigt werden.

2. Diagnose(n)

Geben Sie hier die für die Akutbehandlung maßgeblichen Diagnose(n) an. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „G“ für „gesicherte Diagnose“). Handelt es sich bei der Patientin oder dem Patienten um einen Erwachsenen mit Intelligenzminderung (Diagnose nach F70-F79 ICD-10-GM), muss dies ebenfalls angegeben werden, wenn die für diese Personengruppe vorgesehenen zusätzlichen Kontingente für den Einbezug von Bezugspersonen durchgeführt werden sollen.

3. Weitere Angaben zum bisherigen Behandlungsverlauf

Für eine Akutbehandlung muss eine entsprechende Indikation im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie gegeben sein. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Bestätigen Sie, dass die Versicherte oder der Versicherte in den letzten sechs Monaten nicht bei Ihnen behandelt wurde. Die Durchführung einer Akutbehandlung zu einem früheren Zeitpunkt ist nur im fachlich besonders begründeten Ausnahmefall möglich, denn die Akutbehandlung ist als psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde definiert und dient insbesondere der frühzeitigen Vermeidung von Chronifizierung oder Entlastung von akuter psychischer Symptomatik (siehe hierzu § 13 Psychotherapie-Richtlinie und § 15 Abs. 4 Psychotherapie-Vereinbarung). Bei vorheriger ambulanter Psychotherapie nach Paragraf 15 der Psychotherapie-Richtlinie ist eine Fortführung dieser Psychotherapie differenzialindikatorisch abzuwägen.

Eine Psychotherapeutische Sprechstunde vor der Akutbehandlung ist grundsätzlich verpflichtend. Geben Sie an, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde, ggf. in einer anderen Praxis, durchgeführt wurde. Wenn ja, soll das Datum der letzten Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) angegeben werden. Eine Psychotherapeutische Sprechstunde ist im Ausnahmefall nicht erforderlich, wenn die oder der Versicherte mit einer Diagnose gemäß Paragraf 27 der Psychotherapie-Richtlinie aus stationärer oder rehabilitativer Behandlung entlassen wurde; dies kann mit dem entsprechenden Ankreuzfeld bestätigt werden.

PROZESSBESCHREIBUNG PTV12

Abbildung 15 – Prozessbeschreibung PTV12

MUSTER 7 – ÜBERWEISUNG VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE ZUR ABKLÄRUNG SOMATISCHER URSACHEN

Abbildung 16 – Muster 7

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Diagnosen / Indikation zur Psychotherapie

Geben Sie hier bitte die Diagnosen und die Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung an.

Die Psychotherapie-Richtlinie sieht vor, dass der Konsiliarbericht vor einer Kurz- oder Langzeittherapie spätestens nach den probatorischen Sitzungen eingeholt wird. Soll nach der Akutbehandlung eine Kurz- oder Langzeittherapie eingeleitet werden, finden zunächst probatorische Sitzungen statt. Dementsprechend kann eine Akutbehandlung auch begonnen werden, wenn im Einzelfall der Konsiliarbericht noch nicht vorliegt, aber zeitnah eingeholt wird. Patienten sollten zudem bereits im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde an einen Konsiliararzt überwiesen werden, wenn eine weitere Behandlung geplant ist.

2. Information für den Arzt

Hier können Sie weitere relevante Informationen für den Konsiliararzt angeben, zum Beispiel zu bereits erhobenen Befunden oder Fragestellungen/Hinweise in Bezug auf die Abklärung möglicher somatischer Ursachen.

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB): www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf

PROZESSBESCHREIBUNG MUSTER 7

Freigabe 01.09.2014

Überweisung

7

Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen

Diagnosen / Indikation zur Psychotherapie:

Information für den Arzt:

Verbindliches Muster

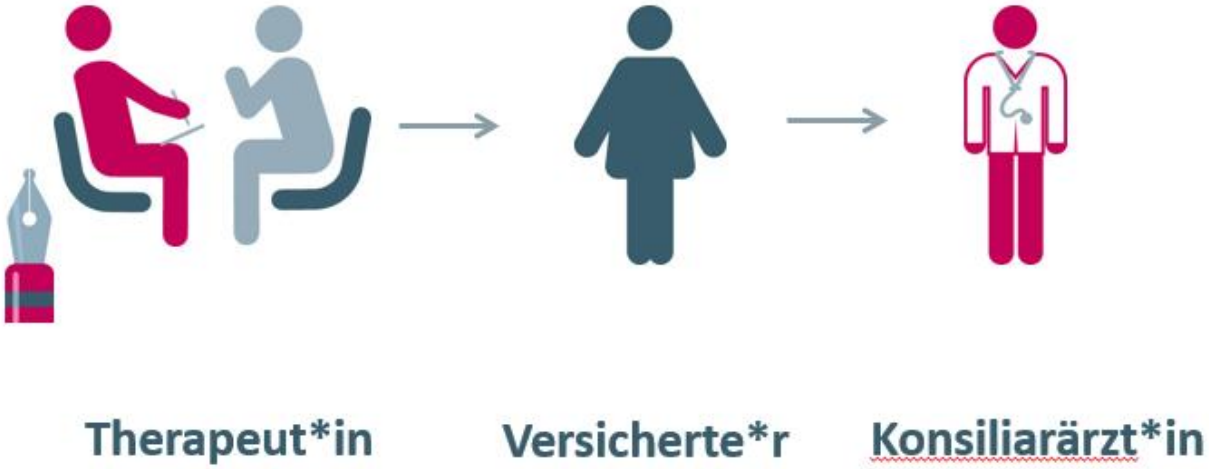
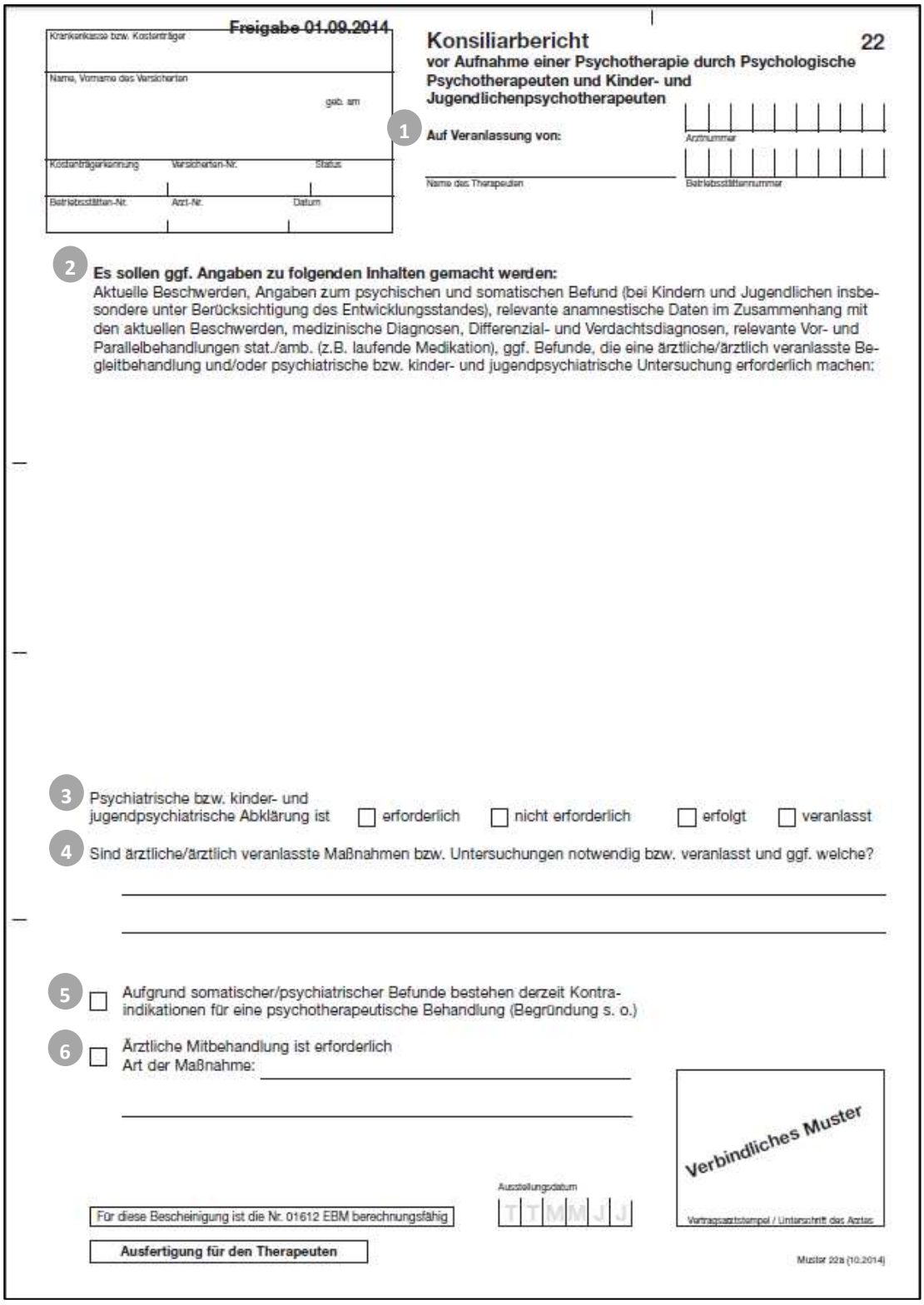


Abbildung 17 – Prozessbeschreibung Muster 7

MUSTER 22 – KONSILIARBERICHT VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE DURCH PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN



Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Konsiliarbericht 22

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

1 **Auf Veranlassung von:**

Arztnummer

Name des Therapeuten

Betriebsstättennummer

2 **Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:**
Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

3 Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich ☐ erfolgt ☐ veranlasst

4 Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

5 ☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

6 ☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme:

Verbindliches Muster

Ausstellungsdatum T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Therapeuten

Muster 22a (10.2014)

Abbildung 18 – Muster 22

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN (AUSZUFÜLLEN DURCH DEN KONSILIARARZT)

1. Auf Veranlassung von:

Geben Sie hier bitte den Namen, die Arztnummer und die Betriebsstätten-Nummer des Therapeuten an, der den Konsiliarbericht angefordert hat. Die Angaben können Sie zum Beispiel dem Stempel auf der Überweisung des Psychotherapeuten (Muster 7) entnehmen.

2. Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Bitte machen Sie hier die erforderlichen Angaben für den Therapeuten und ggf. den Gutachter. Wichtig sind hierbei insbesondere Angaben zu den aktuellen Beschwerden, eine stichwortartige Zusammenfassung der relevanten anamnestischen Daten und der somatische Befund.

3. Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist

Bitte geben Sie hier an, ob Ihrer Einschätzung nach eine psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung erforderlich ist. Falls erforderlich, veranlassen Sie diese bitte nach Möglichkeit.

4. Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Sind ärztliche Untersuchungen oder ärztlich veranlasste Maßnahmen (z. B. Arzneimittel- oder Heilmittelverordnungen, spezifische weitere Abklärungen bei einem Facharzt) notwendig, geben Sie dies hier bitte an. Falls erforderlich, veranlassen Sie diese bitte nach Möglichkeit.

5. Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s.o.)

Wenn aufgrund der unter 2. angegebenen Befunde eine psychotherapeutische Behandlung aus Ihrer Sicht kontraindiziert ist, geben Sie dies hier bitte an.

6. Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Wenn ärztliche Mitbehandlung erforderlich ist, geben Sie hier bitte die Art der erforderlichen Maßnahmen an (z. B. Arzneimittelverordnungen, Art und Dosierung der Psychopharmaka/anderer Arzneimittel).

Mehr Informationen

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB):
www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf

PROZESSBESCHREIBUNG MUSTER 22

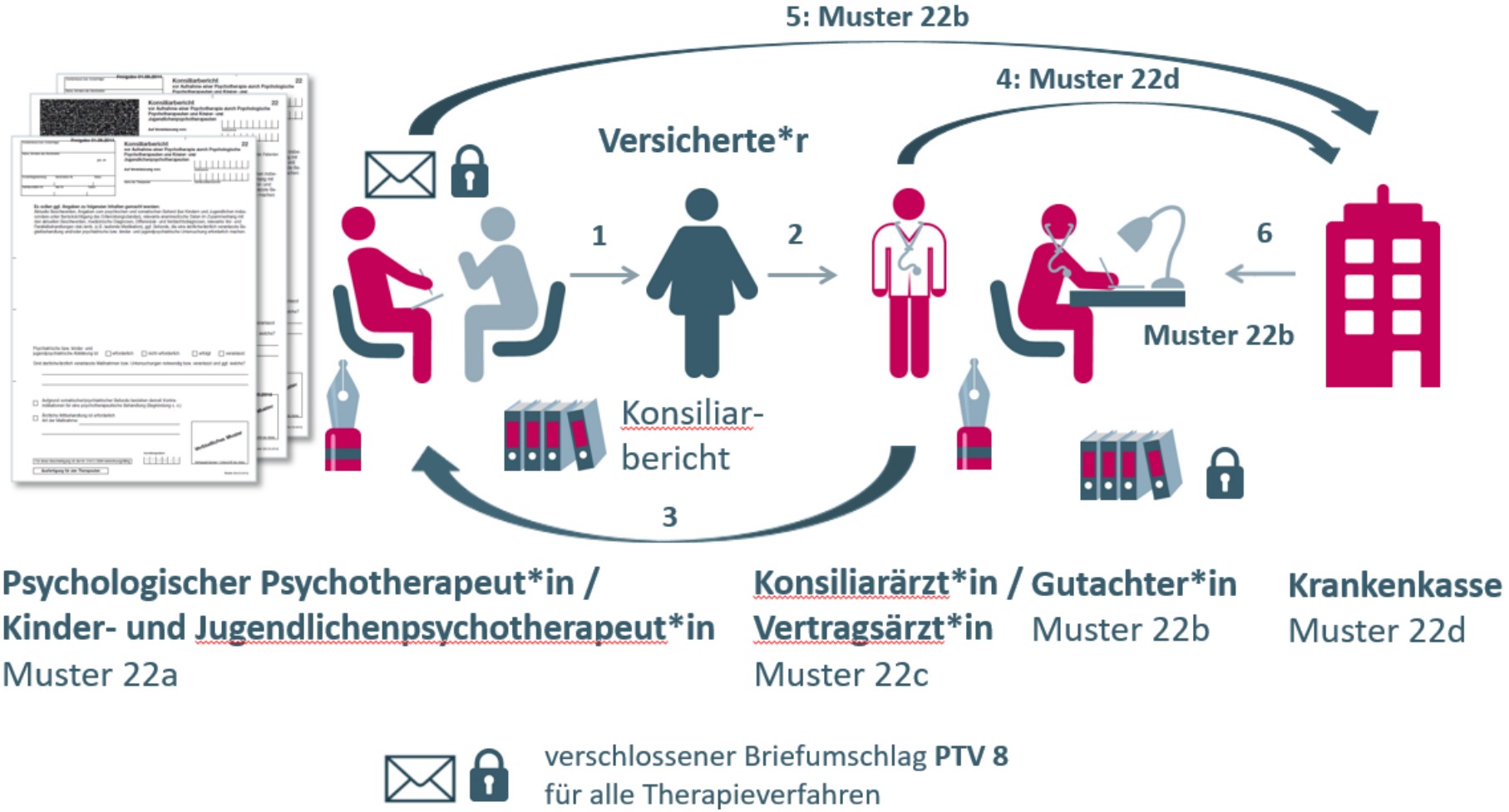


Abbildung 19 – Prozessbeschreibung Muster 22