

Fragenkatalog zu den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung

30.03.2017 Praxisinfos

Direkt zum Thema (Stand: 30.06.2017)

[Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung](#)

[Telefonische Erreichbarkeit](#)

[Kurz- und Langzeittherapie](#)

[Rezidivprophylaxe](#)

[Abrechnung](#)

Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung

Kann man nach 12 mal 50 Minuten durchgeführter Akutbehandlungen sofort KZT 2 beantragen?

Ja, weil die KZT1 dann schon aufgebraucht ist. Zum Beispiel nach der 7. Akutbehandlung (von 50 Minuten) ist KZT 1 und KZT 2 gleichzeitig auf einem Formular zu beantragen, damit nicht in kurzer Abfolge 2 Anträge gestellt werden müssen. .

Ich habe bei einigen Patienten im 1. Quartal 2017 jeweils 2 bis 3 probatorische Sitzungen durchgeführt. Kann ich jetzt im 2. Quartal 2017 noch die psychotherapeutische Sprechstunde abrechnen?

Dieses ist nicht ausdrücklich geregelt, es kann aber im Einzelfall plausibel erklärbar sein. In jedem Fall ist der Inhalt der Leistungslegende des EBM einzuhalten.

Die Verpflichtung zur Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und der telefonischen Erreichbarkeit gilt pro Arzt/PP/KJP/Versorgungsauftrag. Gilt diese Verpflichtung auch für Job-Sharer und Angestellte und müssen diese daher separat das Online-Formular ausfüllen?

Vor dem Hintergrund, dass der Therapeut gemeinsam mit dem Job-Sharer einen Versorgungsauftrag ausfüllt, besteht die Verpflichtung zur Durchführung psychotherapeutischer Sprechstunden und zur telefonischen Erreichbarkeit lediglich einmalig.

Insoweit beschränkt sich die Psychotherapie-Richtlinie auf eine versorgungsauftragsbezogene Betrachtung. Daher gelten aber die Verpflichtungen auch für Angestellte, da diese Versorgungsaufträge ausfüllen.

Benötigt man Kopien der Formulare, insbesondere PTV 11, für die eigenen Unterlagen? Muss man diese Kopie/Durchschriften (Durchschläge sind vorgesehen) 10 Jahre aufbewahren (insbesondere die Individuelle Patienteninformation)?

Alle Formulare haben jeweilige Ausfertigungen für den Therapeuten und/oder den Patienten und/oder die Krankenkasse und/oder den Gutachter. Das Formular PTV 11 ist eine individuell zu erstellende Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde und wird im Zweifachsatz erstellt.

Das Original (PTV 11a) ist für den Patienten und die erste Durchschrift für den Therapeuten bestimmt (PTV 11b). Nach Ablauf der psychotherapeutischen Sprechstunde, also ggf. nach dem dritten Termin, erhält der Patient das Formular PTV 11. Es bleibt bei den allgemeinen Aufbewahrungspflichten und -fristen.

Gilt die Anzahl bzw. das Gesamtkontingent der psychotherapeutischen Sprechstunde/n und der Akutbehandlung/en pro Psychotherapeut oder pro Patient?

Die Anzahl bzw. das Gesamtkontingent steht dem Therapeuten pro Patient zur Verfügung und bezieht sich auf den Krankheitsfall. Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen bei derselben Praxis zu Lasten derselben Krankenkasse.

Hat ein Patient also psychotherapeutische Sprechstunden vor mehr als einem Jahr (Krankheitsfall) in Anspruch genommen, kann er bei dem gleichen Therapeuten neue Sprechstunden angeboten bekommen, auch wenn der Patient zwischenzeitlich bei dem Therapeuten eine Richtlinien-Psychotherapie oder psychotherapeutische Gespräche in Anspruch genommen hat.

Gibt es Einschränkungen bzw. Wartezeiten nach einer abgeschlossenen Psychotherapie oder nach einer Sprechstunde und Akutbehandlung bei einem anderen Therapeuten oder hat ein Patient jederzeit Zugang zur psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung?

Der Behandler hat auf einen eventuellen Therapeutenwechsel keinen Einfluss. Die begrenzte Zahl der psychotherapeutischen Sprechstunden bezieht sich auf den jeweiligen Therapeuten. Es besteht für den Therapeuten keine Pflicht zur Kontrolle von bisher

durchgeführten Sprechstunden bei einem anderen Therapeuten.

Sind zwingend freie Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde an die Terminservicestelle zu melden mit der Folge, dass diese Termine dann nicht mehr anderweitig von der Praxis vergeben werden können?

Dieses ist möglich, aber der Therapeut entscheidet freiwillig, auf welchem Weg er seine Termine anbietet. Bei der Meldung freier Termine an die Terminservicestelle verfügt der Therapeut ab einem Zeitpunkt von 5 Werktagen vor dem gemeldeten Termin wieder über den Termin, wenn keine Mitteilung über die Vergabe des Termins seitens der Terminservicestelle vorliegt.

Ist es richtig, dass nur der Therapeut und der Patient einen Durchschlag der individuellen Patienteninformation PTV 11 bekommen und nicht die KK?

Ja.

Wie überprüft die KK, ob der Patient (zumindest ab dem 01.04.2018) vor Aufnahme der probatorischen Sitzungen oder der Akutbehandlung eine psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt hat?

Dies kann durch die Abrechnung der Leistungen im Nachgang geprüft werden. Auf dem Formular PTV 1 wird bei Erstanträgen seitens des Patienten angegeben, ob und wann innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt worden ist.

Kann das Online-Formular für die Abfrage der Sprechstunden/telefonischen Erreichbarkeitszeiten/Sprechstunde offen oder mit Termin im geschützten Bereich hinterlegt werden, damit nicht jeder eine Datenveränderung vornehmen kann?

Dieses ist aktuell nicht geplant.

Ist die Empfehlung des Therapeuten, der die psychotherapeutische Sprechstunde bei dem Patienten durchgeführt hat, für ein bestimmtes Richtlinienverfahren zwingend oder kann der weiterbehandelnde Therapeut von der Empfehlung in der individuellen Patienteninformation PTV 11 abweichen?

Da es sich hierbei (lediglich) um eine Empfehlung handelt, kann der weiterbehandelnde Therapeut von der Empfehlung abweichen.

Ist für die Akutbehandlung ein Konsiliarbericht erforderlich?

Aus der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung ergibt sich nicht explizit die Verpflichtung, für die Akutbehandlung einen Konsiliarbericht einzuholen. In §31 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie ist geregelt, dass spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinien-therapie der Patient an einen Konsiliararzt überwiesen werden muss.

Vor Beginn der Akutbehandlung ist die Anforderung des Konsiliarberichts nicht erwähnt. Die KBV empfiehlt aber aus berufs- und haftungsrechtlicher Sicht, den Konsiliarbericht möglichst frühzeitig (soweit möglich bereits nach dem ersten Gespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde) einzuholen, wenn eine weitere psychotherapeutische Behandlung indiziert ist. Dies auch vor dem Hintergrund, dass für die KZT und die LZT ein Konsiliarbericht benötigt wird, der zur Beantragung einer KZT oder LZT an die Krankenkasse geschickt werden muss.

Gilt die Verpflichtung zur Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung auch für einen Therapeuten, der die Psychotherapie nur für eigene Patienten in geringem Umfang anbietet?

Ja, da die Intention der Neuregelung auf ein breites, niederschwelliges Angebot abzielt. Jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss ab dem 01.04.2017 Sprechstunden anbieten und die telefonische Erreichbarkeit sicherstellen. Dies gilt ebenso für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte.

Erhöht sich das Kontingent von maximal 600 Minuten je Krankheitsfall der Akutbehandlung bei der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen um ein Viertel?

Nein.

Kann eine Akutbehandlung direkt im Anschluss an eine derzeit laufende Richtlinien-therapie durchgeführt werden?

Im Einzelfall kann es nach dem Ende einer Kurz- oder Langzeittherapie kurzfristig wieder zu symptomatischen Verschlechterungen kommen, die eine Akutbehandlung notwendig machen. Solange die Übergangsregelung gilt, bedarf es keiner vorherigen psychotherapeutischen Sprechstunde. Bei der Abrechnung ist die Höchstgrenze im Krankheitsfall zu beachten. Wir empfehlen, eine detaillierte Dokumentation der Indikation in der Patientenakte, dies gilt insbesondere, wenn die Möglichkeit einer Rezidivprophylaxe gegeben war. Ab dem 1. April 2018 muss ein Patient auch nach Therapieende erst eine psychotherapeutische Sprechstunde durchlaufen, bevor eine Akutbehandlung begonnen wird.

[nach oben](#)

Telefonische Erreichbarkeit

Ist eine Befreiung von der Verpflichtung zur telefonischen Erreichbarkeit möglich?

Eine – wenn auch nur kurzzeitige – Befreiung von der Verpflichtung zur Meldung der telefonischen Erreichbarkeit ist mangels einer entsprechenden Rechtsgrundlage in der Psychotherapie-Richtlinie nicht zulässig.

Gilt die Verpflichtung der telefonischen Erreichbarkeit und der psychotherapeutischen Sprechstunde auch für ermächtigte Ärzte und Ausbildungsinstitute?

Für ermächtigte Ärzte mit Überweisungsfilter und eingeschränktem Ermächtigungsumfang sowie für zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen ermächtigte Ärzte gilt die Verpflichtung zur Vorhaltung und Meldung der telefonischen Erreichbarkeit und der psychotherapeutischen Sprechstunde nicht, ebenfalls auch nicht die Verpflichtung zur Meldung der allgemeinen Sprechzeiten.

Nur für ermächtigte Ärzte, die im Umfang eines voll zugelassenen Arztes ermächtigt sind, also ohne Überweisungsfilter und mit uneingeschränktem Ermächtigungsumfang, gelten die Regelungen nach der neuen PT-Richtlinie vollumfänglich.

Da auch bei Ausbildungsinstituten ein direkter Zugang der Patienten gegeben ist und psychotherapeutische Leistungen vollumfänglich erbracht werden, gelten die Neureglungen auch für Ausbildungsinstitute.

Gibt es im Hinblick auf die Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit Mindesteinheiten, die zu erfüllen sind?

Ja. Nach §1 Abs. 8 der Psychotherapie-Richtlinie gilt, dass bei einem vollen Versorgungsauftrag eine telefonische persönliche Erreichbarkeit durch den Therapeuten oder das Praxispersonal von 200 Minuten pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten sicherzustellen ist. Entsprechend gelten 100 Minuten pro Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten bei einem hälftigen Versorgungsauftrag.

Gibt es „Rahmenzeiten“ für die telefonische Erreichbarkeit?

Unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung ist das Einrichten der telefonischen Erreichbarkeit ab 07:00 Uhr morgens möglich. Im Übrigen gibt es keine Vorgaben, zum Beispiel, dass die telefonische Erreichbarkeit sowohl vor- als auch nachmittags angeboten werden muss.

Kann die Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit der einzelnen Therapeuten in Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ im plausiblen Rahmen zusammengefasst werden?

Ja. Darüber hinaus muss der Therapeut nicht persönlich ansprechbar sein, sondern kann dies auch über Praxispersonal gewährleisten.

Der Psychotherapeut hat noch eine Zweigpraxis, in der er tätig ist. Kann die telefonische Erreichbarkeit von 200 Minuten pro Woche auf beide Betriebsstätten aufgeteilt werden?

Ja, dies ist möglich, da die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung pro Versorgungsauftrag definiert sind.

[nach oben](#)

Kurz- und Langzeittherapie

Können in einer Gruppe Patienten mit Kurzzeittherapie und Patienten mit Langzeittherapie "gemischt" werden?

Ja.

Gilt die Genehmigungsfiktion der Krankenkassen auch bei Umwandlungsanträgen im Rahmen der Kurzzeittherapie (bspw. wenn in ein anderes Richtlinienverfahren gewechselt werden soll)?

Ja.

Wie sichert der Therapeut den Zugang insbesondere bei Anträgen auf Kurzzeittherapie gegenüber der Krankenkasse ab?

Ab welchem Zeitpunkt kann der Therapeut sicher von der Genehmigung ausgehen? Gilt die Genehmigungsfiktion automatisch, wenn die Voraussetzungen für eine Psychotherapie vorliegen? Nach der Psychotherapie-Richtlinie hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Kurzzeittherapie spätestens mit Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Kann die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, etwa weil der Antrag ergänzungs- oder klarstellungsbedürftig ist oder der Sachverhalt eine überdurchschnittliche Komplexität aufweist, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt bis zum Ablauf der 3-Wochen-Frist nach Antragseingang bei der Krankenkasse keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin bei ergänzungsbedürftigen Sachverhalten fruchtlos, gilt die beantragte Leistung als genehmigt.

Eine Absicherung des Zeitpunktes des Antragseinganges bei der Krankenkasse ist zum Beispiel möglich durch die Versendung des Antrages per Einschreiben mit Rückschein. Bei der Kurzzeittherapie erhält lediglich der Patient die Bewilligung der Krankenkasse, es ist daher zu empfehlen, sich die Bewilligung vom Patienten vorlegen zu lassen. Bei Nichtgenehmigung einer

KZT und im Rahmen der LZT werden sowohl der Patient als auch der Therapeut von der Krankenkasse informiert.

Gilt die Zweijahresfrist zur gutachterfreien Beantragung einer neuen Richtlinientherapie weiterhin?

Ja, wie bisher. Eine erneute KZT innerhalb von zwei Jahren ist gutachterpflichtig. Das erste Kontingent der LZT (Erstantrag oder Umwandlungsantrag) ist immer gutachterpflichtig. Ob Fortführungsanträge der LZT gutachterpflichtig sind, liegt im Ermessen der Krankenkasse.

Eventuelle Leistungen der Rezidivprophylaxe bleiben unberücksichtigt, sodass die Zweijahresfrist mit der letzten der Krankenkasse als Therapieende gemeldeten Therapieeinheit vor der Rezidivprophylaxe beginnt.

Kann sofort nach gestelltem Antrag (KZT oder LZT) mit der Therapie begonnen werden?

Die Genehmigung der Krankenkasse ist grundsätzlich abzuwarten. Es können aber die verbleibenden probatorischen Sitzungen bis zum Vorliegen der Genehmigung durch die Krankenkasse abgerechnet werden.

Ab welchem Zeitpunkt gelten die neuen Kontingente der LZT?

Bei der Fortführung einer vor dem 01.04.2017 beantragten LZT kann ab dem 01.04.2017 die Höchstgrenze der für das Verfahren vorgesehenen Kontingente nach den neuen Vorgaben beantragt werden.

Erfolgt die Versendung des Formulars PTV 8 (Briefumschlag zur Versendung der Unterlagen für den Gutachter) über den Formularversand der KV Nordrhein?

Ab dem 01.04.2017 versendet der Formularversand das neu geschaffene Formular PTV 8, welches die vorherigen Formulare PT 8 und VT 8 ersetzt. Insofern erfolgt eine Beantragung im Gutachterverfahren von nun an, unabhängig vom Richtlinienverfahren, alleinig über das Formular PTV 8.

[nach oben](#)

Rezidivprophylaxe

Rezidivprophylaxe: Worauf bezieht sich bei der Aussage „maximal 16 Therapieeinheiten bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Therapieeinheiten“ der Begriff Behandlungsdauer, sind psychotherapeutische Sprechstunde und probatorische Sitzungen oder die geplante Rezidivprophylaxe mitzurechnen?

Nein.

Wenn 60 Therapieeinheiten LZT beantragt werden, können dann davon 16 Einheiten Rezidivprophylaxe durchgeführt werden?

Ja.

Kann nach Beendigung der Therapie und Beginn der Rezidivprophylaxe noch ein Verlängerungsantrag für die LZT gestellt werden, falls sich hierfür eine Notwendigkeit ergibt oder muss dann ein gutachterpflichtiger Neuantrag gestellt werden?

Nach Beendigung der Therapie ist grundsätzlich ein gutachterpflichtiger Neuantrag zu stellen.

Kann bei LZT, die vor dem 01.04.2017 beantragt worden sind, im Anschluss die Rezidivprophylaxe durchgeführt werden?

Die Rezidivprophylaxe muss im Antrag angegeben werden. Eine Durchführung in bereits laufenden Therapien ist somit nach einem ab dem 01.04.2017 gestellten Antrag, z. B. Fortführungsantrag, Umwandlungsantrag oder Änderungsantrag, möglich.

Was geschieht, wenn der Therapeut mit noch vorhandenem Restkontingent die Therapie beendet und der Krankenkasse gemeldet hat, aber der Patient im Anschluss weiterbehandelt werden möchte?

Wenn keine Rezidivprophylaxe der Krankenkasse angezeigt worden ist, ist grundsätzlich ein neuer Antrag zu stellen. Eine notwendige erneute Therapie ist gutachterpflichtig zu beantragen.

[nach oben](#)

Abrechnung

Zählen bei der für die Abrechnung relevanten Gruppengröße die Privatpatienten mit?

Ja.

Befinden sich die neuen Gebührenordnungspositionen (GOPen), welche am 01.04.2017 zur Berechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung in Kraft getreten sind, bereits in den Softwareprogrammen der Praxen?

Die neuen GOPen werden voraussichtlich im Rahmen der nächsten Softwareupdates von den Softwareherstellern Ihrer Praxisverwaltungssysteme zur Verfügung gestellt. Sofern Sie diese bereits zu Anfang des Quartals in Ihre Praxisverwaltungssysteme eingeben möchten und diese in den bisherigen Softwareupdates noch nicht enthalten waren, ist eine

manuelle Hinzufügung erforderlich. Die Softwarehersteller können die manuelle Hinzufügung für Sie übernehmen oder Ihnen erläutern, wie Sie die GOPen eigenständig in Ihrer Praxisverwaltungssoftware anlegen.

Es sind bereits 4 probatorische Sitzungen vor dem 01.04.2017 durchgeführt worden, darf das alte Kontingent von 5 bzw. 8 Sitzungen auch nach dem 01.04.2017 noch ausgeschöpft werden?

Ja. Probatoriken, die vor dem 01.04.2017 begonnen wurden, können weiterhin nach den alten Regelungen durchgeführt werden, das heißt: bis zu 5-mal für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und für Verhaltenstherapie, bis zu 8-mal für analytische Psychotherapie. Um sichtbar zu machen, dass es sich um eine Probatorik nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt, muss der Therapeut die Sitzungen in der Abrechnung mit einem „L“ bzw. bei der Einbeziehung von Bezugspersonen mit „S“ kennzeichnen.

Darf die GOP 23220 EBM nach Ausschöpfung des Kontingents für die Akutbehandlung bis zur Genehmigung einer Richtlinienpsychotherapie als Krisenintervention („zur Überbrückung“) abgerechnet werden?

Ja, die **GOP 23220 EBM** kann im Rahmen einer Krisenintervention bis zur Genehmigung der Richtlinienpsychotherapie je vollendete 10 Minuten höchstens 15 mal im Behandlungsfall (Quartal) abgerechnet werden.

Es wurde eine Kurzzeittherapie vor dem 01.04.2017 z.B. mit Gutachterbefreiung begonnen, ist diese zu kennzeichnen oder kann man nach dem 01.04.2017 nur noch 24 Sitzungen Kurzzeittherapie durchführen?

Kurzzeittherapie als Einzel- und Gruppentherapie: Es können bis zu 25 Sitzungen abgerechnet werden, wenn ein solches Therapiekontingent vor dem 01.04.2017 beantragt wurde. Diese Regelung gilt für Einzel- und Gruppentherapien.

Um sichtbar zu machen, dass es sich um eine Therapie nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt, muss der Therapeut die 25. Sitzung in der Abrechnung mit einem „L“ bzw. bei der Einbeziehung von Bezugspersonen mit „S“ kennzeichnen.

Gruppentherapien im Rahmen einer Verhaltenstherapie können auch mit zwei Teilnehmern durchgeführt werden, wenn diese Leistung vor dem 01.04.2017 beantragt worden ist.

[nach oben](#)

[Mehr Infos zur neuen Psychotherapie-Richtlinie](#)

[KBV reagiert auf Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses über die Vergütung der neuen Leistungen und Angebote.](#)

Drucken