

Häufige Fragen zu den Inhalten der Psychotherapie-Richtlinie

Stand 11. April 2018

Inhaltsverzeichnis

Telefonische Erreichbarkeit
Psychotherapeutische Sprechstunde
Akutbehandlung
Probatorische Sitzung
Antragsstellung
Gruppenbehandlung
Rezidivprophylaxe
PTV-Formulare
Weitere Fragen
Terminservicestelle

Telefonische Erreichbarkeit

Welche Zeiten sind zur telefonischen persönlichen Erreichbarkeit vorgegeben?

Bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 200 Minuten pro Woche, bei einem halben Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten pro Woche; jeweils in Einheiten von mindestens 25 Minuten am Stück.

Laut § 1 Abs. 8 der Psychotherapie-Richtlinie ist die telefonische persönliche Erreichbarkeit zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten zu gewährleisten. Erfülle ich mit der Meldung an die KV die Pflicht zur Veröffentlichung der Zeiten?

Die Zeiten sollten auch auf dem Anrufbeantworter der Praxis angegeben werden. Die Krankenkassen erhalten die Daten ebenfalls (von den KVen), um ihre Versicherten zu informieren.

Ich habe noch eine Zweigpraxis, in welcher ich einmal pro Woche tätig bin. Kann ich die telefonische Erreichbarkeit von 200 Minuten pro Woche auf beide Betriebsstätten aufteilen?

Ja, da die Vorgaben pro Versorgungsauftrag definiert sind, ist dies möglich.

Wird die telefonische Erreichbarkeit gesondert vergütet?

Nein. Das bisher geübte zeitaufwändige Verfahren, Abhören des Anrufbeantworters, Rückruf des Patienten, zeitraubendes unentgeltliches Telefonat zur Abklärung der Indikation bzw. Passung, wird in die psychotherapeutische Sprechstunde verlagert und in diesem Rahmen vergütet. Die telefonische Erreichbarkeit dient ausschließlich der Terminkoordination und kann auch durch Praxispersonal oder andere organisatorische Maßnahmen gewährleistet werden.

Muss ich als Psychotherapeut oder Arzt selber telefonisch erreichbar sein?

Nein, die telefonische Erreichbarkeit kann auch durch Praxispersonal oder andere organisatorische Maßnahmen gewährleistet werden. Ein Anrufbeantworter ist nicht ausreichend.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Ich verfüge über die Genehmigung zur Abrechnung des Kapitels 35.2 EBM, bin aber nicht als ärztlicher Psychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zugelassen. Inwiefern sind die Vorgaben zur telefonischen Erreichbarkeit und psychotherapeutischen Sprechstunde für mich relevant?

Jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie (Kapitel 35.2 EBM) hat, muss seit dem 1. April 2017 Sprechstunden anbieten. Dies gilt ebenso für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte.

Wie viel Sprechstundenzeit muss ich anbieten?

Bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten pro Woche, bei einem halben Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten pro Woche; jeweils in Einheiten von mindestens 25 Minuten am Stück.

Ich habe die Genehmigung zur Durchführung von Richtlinienpsychotherapie bei Erwachsenen, nicht aber bei Kindern und Jugendlichen. Darf ich dennoch bei Kindern und Jugendlichen eine psychotherapeutische Sprechstunde oder eine Akutbehandlung durchführen?

Nein. Psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlung dürfen nur bei jenem Patientenkreis durchgeführt werden, für welchen eine Genehmigung zur Durchführung von Richtlinienpsychotherapie vorliegt.

Was muss ich der KV RLP in Bezug auf die psychotherapeutische Sprechstunde melden?

Zur psychotherapeutischen Sprechstunde ist nur die Organisationsform zu melden. Das heißt, dass Sie nur mitteilen, ob Sie offene Sprechstunden oder Sprechstunden mit Terminvereinbarung anbieten.

Wie wird die psychotherapeutische Sprechstunde vergütet?

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist mit 421 Punkten je vollendeten 25 Minuten bewertet. Unter Berücksichtigung des Orientierungspunktwertes 2018 führt dies zu einer Vergütung von 44,85 Euro.

Wie häufig kann ich die psychotherapeutische Sprechstunde pro Patient abrechnen?

Die psychotherapeutische Sprechstunde kann bis zu 6-mal (je vollendete 25 Minuten) im Krankheitsfall abgerechnet werden. Bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr ist die Sprechstunde bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bis zu 10-mal im Krankheitsfall abrechenbar. Der Krankheitsfall umfasst das Quartal in dem die Sprechstunde zum ersten Mal abgerechnet wurde und die drei darauffolgenden Quartale.

Wenn ein Patient bereits bei einem anderen Psychotherapeuten in der Sprechstunde war, werden diese auf die 150 Minuten (bei Versicherten bis zum 21. Lebensjahr 250 Minuten) angerechnet?

Nein. Psychotherapeutische Sprechstunden, die der Patient bei anderen Psychotherapeuten erhalten hat, werden nicht angerechnet.

Wie oft darf die psychotherapeutische Sprechstunde in einer Sitzung abgerechnet werden?

Es gibt keine sitzungsbezogene Einschränkung. Die krankheitsfallbezogenen Vorgaben sind zu beachten (siehe zwei Fragen zuvor).

Sind die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde durchgeführten Tests nach den GOP 35600-35602 EBM Bestandteil der Sprechstunde oder zusätzlich abrechnungsfähig?

Hier gelten die gleichen Regelungen wie bei probatorischen Sitzungen. Tests können neben der psychotherapeutischen Sprechstunde abgerechnet werden. Es ist jedoch darauf zu achten, dass die Zeit für die Durchführung und Auswertung des Testes zusätzlich zur erforderlichen Zeit von 25 bzw. 50 Minuten der Sprechstunde erbracht werden muss.

Führt die psychotherapeutische Sprechstunde zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (wird automatisch von der KV zugesetzt)?

Nein, die GOP 35151 EBM verhindert die Zusetzung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung nicht.

Muss dem Patienten die Individuelle Patienteninformation (PTV 11) auch bei Übernahme in die Richtlinientherapie ausgehändigt werden?

Ja, die Individuelle Patienteninformation (PTV 11) wird jedem Patienten, unabhängig von einer Übernahme in die Richtlinientherapie, am Ende der psychotherapeutischen Sprechstunde ausgehändigt.

Muss sich der Patient auf dem PTV 11 damit einverstanden erklären, dass sein Hausarzt eine Kopie des PTV 11 enthält?

Nein. Falls der Patient nicht wünscht, dass eine Kopie des PTV 11 an seinen Hausarzt / mitbehandelnden Arzt geht, wird dieser Bereich frei gelassen. Falls der Patient hingegen sein Einverständnis erklärt, wird das PTV 11 kopiert und dem benannten Arzt zugestellt. Hierfür können die GOP 40144 EBM für die Kopie und die GOP 40120 EBM für das Porto abgerechnet werden. Wird die Kopie dem Patienten zur Weitergabe an den benannten Arzt ausgehändigt, kann nur die GOP 40144 EBM abgerechnet werden.

Können nach probatorischen Sitzungen noch psychotherapeutische Sprechstunden stattfinden?

Die Durchführung von Leistungen gemäß der GOP 35151 EBM (psychotherapeutische Sprechstunde) im Anschluss an probatorische Sitzungen ist grundsätzlich nicht im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie (§ 11 i.V.m. § 12). Jedoch ist diese Konstellation weder im EBM noch in der Psychotherapie-Richtlinie explizit ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund ist diese Abrechnungsreihenfolge (GOP 35151 nach 35150 EBM) in begründeten Ausnahmefällen möglich. Die Begründung ist im Begründungsfeld der GOP anzugeben.

Entbindet die Kopie des PTV 11 an den Hausarzt von der Berichtspflicht zu Beginn einer Psychotherapie gemäß Abschnitt 2.1.4 EBM?

Nein. Die Individuelle Patienteninformation (PTV 11) informiert über den vorläufigen Befund und enthält Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Daraus geht nicht hervor, dass tatsächlich eine Psychotherapie beantragt und genehmigt worden ist. Auch haben zum Zeitpunkt der Erstellung der Individuellen Patienteninformation noch keine probatorischen Sitzungen stattgefunden, welche möglicherweise auch einen Einfluss auf den Bericht haben.

Kann die biographische Anamnese nach GOP 35140 EBM bereits während der Phase der psychotherapeutischen Sprechstunde erbracht und abgerechnet werden oder erst mit Beginn der probatorischen Sitzungen?

Die GOP 35140 EBM kann für das Erstellen der biographischen Anamnese und die Bestimmung des psychodynamischen bzw. verhaltensanalytischen Status bei einer Dauer von mindestens 50 Minuten abgerechnet werden. Es ist kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich. Ob die hierfür erforderlichen Daten während der probatorischen Phase oder während der Phase der psychotherapeutischen Sprechstunde erhoben worden sind, ist irrelevant. Insofern kann die biographische Anamnese nach GOP 35140 EBM bereits während der Phase der psychotherapeutischen Sprechstunde erstellt und abgerechnet werden.

Akutbehandlung

Ein Patient hat bei einem anderen Therapeuten bereits Akutbehandlungen in Anspruch genommen. Reduziert sich dadurch mein Akutbehandlungskontingent?

Nein. Ein Patient hat pro Krankheitsfall Anspruch auf 24 Akutbehandlungen à 25 Minuten. Der Krankheitsfall umfasst das Quartal der ersten Akutbehandlung und die drei folgenden Quartale bei derselben Praxis. Demnach kann ein Patient bei verschiedenen Therapeuten Akutbehandlungen in Anspruch nehmen, ohne dass sich das Kontingent für den einzelnen Therapeuten ändert.

Ein Patient hat bei einem anderen Therapeuten bereits Akutbehandlungen in Anspruch genommen. Werden diese Sitzungen auf die bei mir beantragte Kurzzeittherapie 1 angerechnet?

Nein. Es werden nur die beim gleichen Therapeuten durchgeführten Akutbehandlungen auf die Richtlinien-therapie angerechnet.

Ist eine Akutbehandlung im Zeitraum von zwei Jahren nach Abschluss einer Langzeittherapie ohne Rezidivprophylaxe möglich?

Ja, das ist möglich. Bei der Akutbehandlung ist zu beachten, dass diese als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten, im Krankheitsfall (aktuelles Quartal und die 3 folgenden Quartale) auf insgesamt 600 Minuten begrenzt ist.

Ich habe die Genehmigung zur Durchführung von Richtlinien-therapie bei Erwachsenen, nicht aber bei Kindern und Jugendlichen. Darf ich dennoch bei Kindern und Jugendlichen eine psychotherapeutische Sprechstunde oder eine Akutbehandlung durchführen?

Nein. Psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlung dürfen nur bei jenem Patientenkreis durchgeführt werden, für welchen eine Genehmigung zur Durchführung von Richtlinien-therapie vorliegt.

Gibt es Richtwerte von der KV, welcher Patient akut behandlungsbedürftig ist oder wird die Einschätzung dem Therapeuten überlassen?

Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Die Entscheidung, ob eine Akutbehandlung notwendig ist, trifft der Therapeut. Der obligate Leistungsinhalt der GOP 35152 EBM (Psychotherapeutische Akutbehandlung) ist zu beachten.

Ist die Durchführung von Akutbehandlungen Pflicht?

Nein. Die Entscheidung, ob eine Akutbehandlung notwendig ist, trifft der Therapeut einzelfallbezogen.

Wie wird die Akutbehandlung vergütet?

Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist mit 421 Punkten je vollendeten 25 Minuten bewertet. Unter Berücksichtigung des Orientierungspunktwertes 2018 führt dies zu einer Vergütung von 44,85 Euro.

Kann ich als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut eine Akutbehandlung durchführen ohne einen Konsiliarbericht einzuholen?

In § 31 Abs. 1 regelt die Psychotherapie-Richtlinie, 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. Nach dem derzeitigen Stand der Psychotherapie-Richtlinie ist der Konsiliarbericht zur Abrechnung von Leistungen der Akutbehandlung nicht erforderlich. Grundsätzlich sind jedoch die berufsrechtlichen Vorgaben zu beachten. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen (§ 1 Abs. 3 Psychotherapeutengesetz). Deshalb wird empfohlen, im Laufe der ersten Stunden der Akutbehandlung die somatische Abklärung mit Konsiliarbericht durchführen zu lassen.

Welche Methoden oder Verfahren können bei der Akutbehandlung zur Anwendung kommen?

Bei der Akutbehandlung können keine Methoden oder Verfahren zur Anwendung kommen, die aufgrund des Erlaubnisvorbehalts § 135 Abs. 1 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbracht werden dürfen. Die fachliche Befähigung für Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Akutbehandlung sind gemäß Psychotherapie-Vereinbarung dann gegeben, wenn eine Genehmigung für eine Richtlinien-therapie vorliegt. Methoden und Interventionen im Rahmen der Akutbehandlung sind daher vor dem Hintergrund der dem Therapeuten zur Verfügung stehenden Methoden und Interventionen der jeweiligen fachlichen Befähigung durchzuführen.

Kann bei Patienten, bei denen bereits probatorische Sitzungen stattgefunden haben, eine Akutbehandlung durchgeführt werden?

Ja, sofern innerhalb der probatorischen Sitzungen kein Antrag auf Richtlinien-therapie gestellt wurde, ist das möglich.

Muss der Patient vor einer Akutbehandlung in einer psychotherapeutischen Sprechstunde gewesen sein?

Ja, seit dem 1. April 2018 wird vor der Aufnahme einer Akutbehandlung – und auch vor probatorischen Sitzungen – eine 50-minütige Sprechstunde vorausgesetzt. Sofern der Patient in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung gewesen ist, entfällt diese Pflicht. Die Sprechstunde kann auch von einem anderen Psychotherapeuten durchgeführt worden sein.

Wie oft darf die Akutbehandlung in einer Sitzung abgerechnet werden?

Es gibt keine sitzungsbezogene Einschränkung. Es ist zu beachten, dass die GOP 35152 EBM höchstens 24-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig ist (je vollendete 25 Minuten). Der Krankheitsfall umfasst das Quartal der ersten Akutbehandlung und die drei folgenden Quartale bei derselben Praxis.

Wie viele Akutbehandlungssitzungen dürfen bei einem Patienten pro Woche maximal stattfinden?

Hierzu machen die Psychotherapie-Richtlinie und die Psychotherapie-Vereinbarung keine Vorgaben.

Führt die Akutbehandlung zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (wird automatisch von der KV zugesetzt)?

Ja, die GOP 35152 EBM verhindert die Zusetzung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

Kann die biographische Anamnese nach GOP 35140 EBM auch während der Akutbehandlung erbracht und abgerechnet werden oder erst mit Beginn der probatorischen Sitzungen?

Die GOP 35140 EBM kann für das Erstellen der biographischen Anamnese und die Bestimmung des psychodynamischen bzw. verhaltensanalytischen Status bei einer Dauer von mindestens 50 Minuten abgerechnet werden. Es ist kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich. Ob die hierfür erforderlichen Daten während der Akutbehandlung oder während der Phase der probatorischen Sitzungen erhoben worden sind, ist irrelevant. Insofern kann die biographische Anamnese nach GOP 35140 EBM bereits während der Phase der Akutbehandlung erstellt und abgerechnet werden.

Gibt es in der Akutbehandlung Bezugspersonensitzungen für Kinder und Jugendliche?

Für die Einbeziehung von Bezugspersonen sind bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen in der Psychotherapie-Richtlinie keine zusätzlichen Therapieeinheiten vorgesehen. Bezugspersonensitzungen sind auch in der Akutbehandlung mit einem „B“ zu kennzeichnen.

Wie lange werden stattgefundenene Akutbehandlungssitzungen auf eine später folgende Richtlinien-therapie angerechnet?

Die maximale Sitzungsanzahl der Akutbehandlung bezieht sich laut EBM auf den Krankheitsfall. Solange der Krankheitsfall noch nicht abgeschlossen ist, sollte die Akutbehandlung auch im Falle einer verzögerten Weiterbehandlung auf die Kurz- oder Langzeittherapie angerechnet werden.

Probatorische Sitzung

Muss der Patient vor einer probatorischen Sitzung in einer psychotherapeutischen Sprechstunde gewesen sein?

Ja, seit dem 1. April 2018 wird vor einer probatorischen Sitzung – und auch vor einer Akutbehandlung – eine 50-minütige Sprechstunde vorausgesetzt. Sofern der Patient in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung gewesen ist, entfällt diese Pflicht. Die Sprechstunde kann auch von einem anderen Psychotherapeuten durchgeführt worden sein.

Können nach probatorischen Sitzungen noch psychotherapeutische Sprechstunden stattfinden?

Die Durchführung von Leistungen gemäß der GOP 35151 EBM (psychotherapeutische Sprechstunde) im Anschluss an probatorische Sitzungen ist grundsätzlich nicht im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie (§ 11 i.V.m. § 12). Jedoch ist diese Konstellation weder im EBM noch in der Psychotherapie-Richtlinie explizit ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund ist diese Abrechnungsreihenfolge (GOP 35151 nach 35150 EBM) in begründeten Ausnahmefällen möglich. Die Begründung ist im Begründungsfeld der GOP anzugeben.

Antragsstellung

Ab welcher Sitzung der Kurzzeittherapie 1 ist der Antrag für die Kurzzeittherapie 2 bei der Krankenkasse zu stellen?

Die Beantragung der Kurzzeittherapie 2 ist frühestens nach 7 durchgeführten Therapieeinheiten der Kurzzeittherapie 1 möglich. Beispiel: Auf dem Formblatt PTV 2 werden die beantragten 12 Therapieeinheiten der KZT 2 und bei dem entsprechenden Feld für den bisherigen Behandlungsumfang die sieben bisher durchgeführten Therapieeinheiten der KZT 1 eingetragen. Damit insgesamt das Kontingent von 24 Therapieeinheiten der Kurzzeittherapie erreicht wird, wird die KZT 1 bis zur genehmigten Anzahl von 12 Sitzungen fortgeführt und entsprechend der Gebührenordnungsposition für die KZT 1 abgerechnet. Erst danach wird mit Beginn der KZT 2 die entsprechende Gebührenordnungsposition verwendet.

Wie wird bei der Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie die Kurzzeittherapie angerechnet?

Bei der Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie bezieht sich die Anrechnung der Kurzzeittherapie auf das Kontingent der Langzeittherapie auf das bisher genehmigte Kontingent der Kurzzeittherapie (und nicht wie bei der Akutbehandlung auf das durchgeführte Kontingent). Beispiel: Nach der 20. Therapieeinheit der Kurzzeittherapie (das heißt nach der 8. Therapieeinheit der KZT 2) wird die Umwandlung in eine Langzeittherapie beantragt. Insgesamt wird von der Notwendigkeit von 60 Therapieeinheiten, einschließlich der KZT, ausgegangen. Auf dem Formblatt PTV 2 wird als bisheriges Kontingent der Kurzzeittherapie die Zahl 20 eingetragen und als beantragtes Kontingent der Langzeittherapie die Zahl 36. Damit insgesamt das Kontingent von 60 Therapieeinheiten erreicht wird, wird die KZT 2 bis zur genehmigten Anzahl von 12 Sitzungen fortgeführt und entsprechend der Gebührenordnungsposition für die KZT 2 abgerechnet. Erst danach wird mit Beginn der Langzeittherapie die entsprechende LZT-Gebührenordnungsposition verwendet.

Muss bei einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie, die durch zwei verschiedene Therapeuten durchgeführt wird, von beiden Therapeuten ein Bericht an den Gutachter (Gutachterpflicht vorausgesetzt) verfasst werden?

Bei einer Kombination von Anwendungsformen (Einzel- und Gruppentherapie) ist ein „Gesamtbehandlungsplan“ zu erstellen (§ 21 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie). Da jeder einzelne Therapeut für seinen Behandlungsteil einen entsprechenden Plan bzw. Bericht erstellt und dieser im Gesamtbehandlungsplan entsprechend abgestimmt werden muss, ist es sinnvoll, dass es sich hierbei um einen zusammenhängenden Bericht an den Gutachter handelt, den beide Therapeuten in Abstimmung erstellen und unterschreiben. Jedoch besteht für die Form des Berichts keine Vorgabe oder für eben genannten Vorschlag keine Verpflichtung. Es sind daher auch zwei Berichte (in einem einzigen PTV 8-Umschlag) denkbar, die sich aufeinander beziehen und aus denen der Gesamtbehandlungsplan hervorgeht.

Gruppenbehandlung

Dürfen Privatpatienten in eine Gruppe einbezogen werden?

Ja. Die privat Versicherten sind für die Bestimmung der Gruppengröße sowohl im Hinblick auf die in der Psychotherapie-Richtlinie (§ 20) festgelegte Unter- und Obergrenze einer Gruppe von mindestens drei bis höchstens neun Patienten zu berücksichtigen als auch bei der Wahl der abzurechnenden Gebührenordnungsposition.

Beispiel: Bei einer Gruppe aus zwei gesetzlich Versicherten und einem privat Versicherten wird für jeden der beiden gesetzlich Versicherten die GOP der Dreiergruppe abgerechnet.

Wie wird abgerechnet, wenn die Gruppe aus Teilnehmern mit Kurzzeit- und Langzeittherapie besteht?

Für die Abrechnung wird die Gesamtgruppengröße berücksichtigt. Die letzte Stelle der GOP zeigt die Teilnehmerzahl der gesamten Gruppe in der jeweiligen Sitzung an – also alle Teilnehmer mit Kurzzeittherapie plus alle Teilnehmer mit Langzeittherapie. Zu berücksichtigen ist, dass für die Kurz- und Langzeittherapie unterschiedliche GOP angesetzt werden müssen.

Beispiel: Für eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie mit drei Teilnehmern aus der KZT und drei Teilnehmern aus der LZT wird für die drei Teilnehmer aus der KZT jeweils die 35506 EBM (sechs Teilnehmer) und für die drei Teilnehmer aus der LZT jeweils die GOP 35516 EBM (sechs Teilnehmer) abgerechnet.

Kann die Gruppenleitung durch mehrere Psychotherapeuten erfolgen?

Ja. Eine Gruppentherapie kann von mehr als einem Psychotherapeuten durchgeführt werden, das schließt die Psychotherapie-Richtlinie nicht aus. Jeder Therapeut rechnet die Patienten ab, für die er auch das Formular PTV 2 (Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten) ausgefüllt hat. Unabhängig davon wählt er die GOP auch in diesem Fall nach der Gesamtgruppengröße aus.

Beispiel: Zwei Therapeuten führen gemeinsam eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie (KZT) mit acht Patienten durch. Ein Therapeut hat für fünf Patienten jeweils das Formular PTV 2 ausgefüllt und der andere Therapeut für drei Patienten. Somit rechnet Therapeut 1 für jeden „seiner“ fünf Patienten die GOP 35508 EBM (acht Teilnehmer) und Therapeut 2 ebenfalls für „seine“ drei Patienten die GOP 35508 EBM (acht Teilnehmer) ab.

Muss bei einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie, die durch zwei verschiedene Therapeuten durchgeführt wird, von beiden Therapeuten ein Bericht an den Gutachter (Gutachterpflicht vorausgesetzt) verfasst werden?

Bei einer Kombination von Anwendungsformen (Einzel- und Gruppentherapie) ist ein „Gesamtbehandlungsplan“ zu erstellen (§ 21 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie). Da jeder einzelne Therapeut für seinen Behandlungsteil einen entsprechenden Plan bzw. Bericht erstellt und dieser im Gesamtbehandlungsplan entsprechend abgestimmt werden muss, ist es sinnvoll, dass es sich hierbei um einen zusammenhängenden Bericht an den Gutachter handelt, den beide Therapeuten in Abstimmung erstellen und unterschreiben. Jedoch besteht für die Form des Berichts keine Vorgabe oder für eben genannten Vorschlag keine Verpflichtung. Es sind daher auch zwei Berichte (in einem einzigen PTV 8-Umschlag) denkbar, die sich aufeinander beziehen und aus denen der Gesamtbehandlungsplan hervorgeht.

Können auch 50-minütige Gruppensitzungen durchgeführt werden?

Dies geht nur bei der Verhaltenstherapie. Um zu kennzeichnen, dass es sich um eine Sitzung mit 50 statt 100 Minuten handelt, muss die Gebührenordnungsposition mit einem „H“ beziehungsweise bei einer Bezugspersonensitzung mit einem „Z“ versehen werden. Findet die 50-minütige Gruppensitzung im Rahmen der Rezidivprophylaxe statt, wird sie mit „X“ beziehungsweise bei einer Bezugspersonensitzung mit „Y“ gekennzeichnet.

Sind in der Gruppentherapie auch Doppelsitzungen möglich?

Bei allen drei Therapieverfahren ist es möglich, die Gruppensitzung auch als Doppelsitzung, also mit 200 Minuten Mindestdauer, abzurechnen. Soll beispielsweise eine verhaltenstherapeutische Gruppensitzung mit 150 Minuten Dauer abgerechnet werden, ist einmal die entsprechende Gebührenordnungsposition für die Sitzung von 100 Minuten einzutragen (beispielsweise für 7 Teilnehmer einer Langzeittherapie die GOP 35557 EBM) und zusätzlich für die 50-minütige Einheit die GOP 35557H.

Rezidivprophylaxe

Am Anfang des Quartals findet eine Rezidivprophylaxe statt. Ein paar Wochen später kommt der Patient mit einer neuen Erkrankung in die Praxis. Laut § 16 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarung ist die parallele psychotherapeutische Behandlung neben einer Rezidivprophylaxe nicht zulässig. Kann in diesem Falle noch im gleichen Quartal eine Akutbehandlung gestartet werden?

Sofern noch Stunden aus dem Langzeitkontingent zur Rezidivprophylaxe zur Verfügung stehen, darf keine neue psychotherapeutische Behandlung beginnen. Wird in einem Quartal das Rezidivprophylaxe-Kontingent ausgeschöpft und ist eine weitere Behandlung notwendig, kann ein neuer Antrag gestellt bzw. eine Akutbehandlung begonnen werden.

Kann ich bei Langzeittherapien, die vor dem 1. April 2017 beantragt worden sind, Rezidivprophylaxe anschließen?

Eine Rezidivprophylaxe muss im Antrag angegeben werden. Eine Durchführung in laufenden Therapien ist daher nach einem ab dem 1. April 2017 gestellten Antrag (z.B. Fortführungsantrag oder Änderungsantrag) möglich.

PTV-Formulare

Wie erhalte ich die Formulare?

Die Formulare sind über das Service-Center der KV RLP (06131 326-326; service@kv-rlp.de) erhältlich. Sie sind zudem im Praxisverwaltungssystem hinterlegt.

Für welche Formulare ist eine Blankoformularbedruckung möglich?

PTV 1: Antrag des Versicherten

PTV 2: Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten

PTV 11: Individuelle Patienteninformation

PTV 12: Anzeige der Akutbehandlung oder Beendigung einer Psychotherapie

Die Formulare sind auf handelsübliches A4-Kopierpapier zu drucken.

Wie werden die Formulare ausgefüllt?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine Ausfüllhilfe zu den Psychotherapie-Formularen erstellt. Der Direktlink ist unter <http://www.kv-rlp.de/604514-12453> zu finden.

Weitere Fragen

Wo finde ich weitere Informationen?

Die KV RLP hat auf ihrer Website www.kv-rlp.de/604514 eine Themenseite zur psychotherapeutischen Versorgung eingerichtet.

Ich habe eine Frage, die über diese FAQ-Liste und die Informationen auf der Website nicht beantwortet werden konnte. Wohin kann ich mich wenden?

Hierfür, hauptsächlich bezogen auf Abrechnungsthemen, steht folgende E-Mail-Adresse zur Verfügung: psychotherapie@kv-rlp.de.

Terminservicestelle

Wie früh müssen Urlaubstermine der Praxis an die TSS gemeldet werden, damit in dieser Zeit keine Sprechstunden vergeben werden?

Termine wegen Urlaub oder sonstiger Abwesenheit, die nicht von der Terminservicestelle vermittelt werden sollen, sind mindestens vier Wochen vorher zu melden. Das können Sie selbst im elektronischen Terminservice (eTS) erledigen oder Sie informieren die Terminservicestelle telefonisch, per FAX oder Post, damit diese Termine nicht vergeben werden.

Wird jede Woche ein neuer Patient einbestellt oder werden pro Patient mehrere Termine der Sprechstunden blockiert, da er ein Anrecht auf 250 Minuten pro Krankheitsfall hat?

Die Terminservicestelle vermittelt Termine zum Erstgespräch in der psychotherapeutischen Sprechstunde und zur Akutbehandlung nach einem Erstgespräch in der psychotherapeutischen Sprechstunde. Mögliche Folgetermine vergeben Sie selbst.

Weitere Informationen zur Terminservicestelle finden Sie unter <http://www.kv-rlp.de/604514-12532>.