

DPtV Hintergrund ^{1.2017}

INFORMATION

Jetzt wird es konkret!

Update zur Reform der
Psychotherapie-Richtlinie

Abdruck aus Psychotherapie Aktuell 1.2017

22. März 2017



Sabine Schäfer, Dieter Best

Jetzt wird es konkret!

Update zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Am 24.11.2016 wurde die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) durch einen Beschluss des G-BA noch einmal verändert. Dies war der Startschuss für die Verhandlungen, die nun, wenn Sie diese *Psychotherapie Aktuell* in der Hand haben, abgeschlossen sind. Die Psychotherapie-Vereinbarung wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Beide Neuerungen werden Ihnen im Folgenden vorgestellt. In einem dritten Teil wird beschrieben, wie die neuen Regelungen im Praxisalltag „funktionieren“ und was für Möglichkeiten Sie hier mit Ihrer Praxis in der Umsetzung haben.

Am 16.06.2016 hat das Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine reformierte Psychotherapie-Richtlinie beschlossen – die erste große Novellierung seit ihrer Einführung in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Zu den Einzelheiten des Beschlusses informierten wir Sie ausführlich in unserer *Psychotherapie Aktuell* 3.2016, in unseren letzten Mitgliederbriefen und über unsere zahlreichen Informationsveranstaltungen bundesweit, von denen wir auch weitere durchführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Aufsichtsbehörde für den G-BA hat von seinem Recht Gebrauch gemacht, diesen Beschluss – wenn auch nur in Teilen – zu beanstanden und Nachbesserungen zu verlangen. In den Schreiben des BMG vom 08.08. und 09.09.2016 wurden die neuen Leistungsangebote Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe bestätigt. Damit gehören diese ab dem 01.04.2017 zum Leistungsspektrum einer psychotherapeutischen Kassenpraxis.

Übersicht der am 24.11.2016 vom G-BA beschlossenen Änderungen

Psychotherapeutische Sprechstunde

Das BMG stellte in seinem Schreiben am 09.09.2016 klar: „Eine Regelung, nach der es der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten generell freisteht, Psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten, ist von der Richtlinienkompetenz des G-BA nicht umfasst (...). Der Regelungsauftrag bezieht sich (...) auf das ‚wie‘ der Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden, nicht auf die Frage, ‚ob‘ (...).“ Dieser Auflage des BMG wurde vom G-BA mit der Streichung der „Kann“-Regelung für Psychotherapeuten¹ Rechnung getragen. Das bedeutet, zukünftig gehört die Psychotherapeutische Sprechstunde zum Angebotspektrum einer jeden Psychotherapeutin und eines jeden Psychotherapeuten.

Allerdings wurde der Umfang des Angebots von Psychotherapeutischen Sprechstunden in der Psychotherapie-Richtlinie nun mit „in der Regel“ 100 Minuten bei einem vollen Versorgungsauftrag bzw. 50 Minuten bei einem halben Versorgungsauftrag festgelegt. Damit liegt die Möglichkeit, abweichende Regelungen zu treffen, nun bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese müssen nur dann etwas regeln, wenn die Versorgung – hier mit Psychotherapeutischer Sprechstunde – nicht sichergestellt werden kann. Weiter sorgte

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

sich das BMG um die ausreichende Versorgung der Patienten mit Psychotherapeutischen Sprechstunden, wenn diese für eine anschließende psychotherapeutische Behandlung verpflichtend ist. Der G-BA hat deshalb beschlossen, dass die Verpflichtung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde für Patienten bis zum 31.03.2018 ausgesetzt wird. Es wird angenommen, dass sich bis dahin das Sprechstundenangebot in den ambulanten Praxen soweit etabliert hat, dass der Zugang der Patienten zur Psychotherapeutischen Sprechstunde hinreichend sichergestellt ist.

Telefonische Erreichbarkeit zur Terminkoordination

Im Zuge der überarbeiteten Sprechstunde wurden auch die Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit angepasst. Zukünftig müssen alle Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag 200 Minuten telefonische Erreichbarkeit vorhalten, Kolleg/innen mit halbem Versorgungsauftrag 100 Minuten.

Psychotherapeutische Akutversorgung

Die Psychotherapeutische Akutversorgung wurde in ihren Grundzügen nicht verändert und bleibt so bestehen, wie sie am 16.06.2016 beschlossen wurde. Das BMG weist hier allerdings auf eine Formalie zum Datenschutz hin: Das noch in der Psychotherapie-Vereinbarung zu erstellende Antragsformular soll eine Einwilligungserklärung der Patienten zur Weitergabe des Antragsformulars an die Krankenkassen beinhalten.

Kurzzeittherapie

Mit dem Beschluss vom 16.06.2016 wurde auch die von uns scharf kritisierte Zweiteilung der Kurzzeittherapie in KZT 1 und KZT 2 verabschiedet. Diese Beschlussfassung sieht vor: Kurzzeittherapien sind mit dem Inkrafttreten der PT-RL zum 01.04.2017 nicht mehr gutachterpflichtig, allerdings besteht für beide Teile der Kurzzeittherapie eine Antragspflicht. Vorgesehen war, dass die Psychotherapie als genehmigt gilt, wenn dem Antrag seitens der Krankenkassen nicht innerhalb von drei Wochen widersprochen wird.

Dieses Verfahren ist laut BMG allerdings nicht zulässig, denn „eine Praxis, wonach die Krankenkassen Anträge auf Kurzzeittherapie zur eigenen Entlastung grundsätzlich unbeantwortet lassen, wäre sowohl mit den gesetzlichen Vorgaben als auch mit den Vorgaben der PT-RL nicht vereinbar.“ Dieser Auflage muss Folge geleistet werden und wurde in der Psychotherapie-Vereinbarung nachverhandelt. Jetzt ist vorgesehen: Die Krankenkasse teilt die Bewilligung einer Kurzzeittherapie ihrem Versicherten formlos mit, die Mitteilung über die Bewilligung einer Langzeittherapie erfolgt wie bisher an den Versicherten und an den Psychotherapeuten.

Damit ist die Unklarheit über die voraussichtliche Genehmigung innerhalb der Dreiwochenfrist zwar beseitigt, wir halten es jedoch nicht für ausreichend, dass die Krankenkassen bei der Entscheidung über eine Kurzzeittherapie lediglich ihren Versicherten und nicht auch den Psychotherapeuten informiert.

Qualifikation von Gutachtern

Die im Juni verabschiedete Richtlinie sah im Bereich der Qualifikation von Gutachtern eine Altersbegrenzung von 55 Jahren für neu berufene Gutachter vor. Hierin sah das BMG eine Diskriminierung einer Altersgruppe. Der entsprechende Passus wurde gestrichen. Völlig neu geregelt werden soll das Verfahren zur Bestellung von Gutachtern. Entsprechende Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband sollen im ersten Quartal 2017 geführt werden. Neu bestellt werden müssen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie auch Gutachter mit einer ausschließlichen Qualifikation als tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Psychotherapeuten.

Dokumentationsbögen

Vom BMG beanstandet wurde § 38 der Psychotherapie-Richtlinie nebst Anlage 2, dieser Paragraf regelt die von der DPTV und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) scharf kritisierten Dokumentationsbögen und deren Einsatz. Das BMG stuft die Dokumentationsbögen als „rechtswidrig“ ein, da sie eine „für die genannten Zwecke nicht erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorsehen“, auch sollte der G-BA sich mit den „im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingegangenen Einwände(n) und Änderungswünsche(n)“ noch einmal inhaltlich auseinandersetzen.

Der aktuelle Beschluss vom 24.11.2016 sieht vor, dass der Dokumentationsbogen vollständig entfällt. Verbunden mit dem Zurückziehen der Dokumentationsbögen ist allerdings die am 24.11. verkündete Absichtserklärung der Krankenkassen, dass ein Antrag an das Plenum des G-BA gestellt wird, den Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) zu beauftragen, zeitnah ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensicherter zu entwickeln. Dieses soll vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) vorbereitet werden und die Ergebnisse der Konzeptskizze des AQUA-Institutes vom 17.12.2015 für ein ebensolches QS-Verfahren einbeziehen.

Die Details des Antrags werden zurzeit noch vom GKV-SV und der KBV beraten. Wir fordern allerdings schon jetzt, dass im UA QS KBV-seitig ein/e Psychotherapeut/in Mitglied oder Berater/in sein muss.

Die neue Psychotherapie-Vereinbarung

Die neue Psychotherapie-Richtlinie wird, wie andere für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wichtige Richtlinien nach § 92 SGB V, vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Damit ist jedoch nur der allgemeine Rahmen für die Anwendung der Psychotherapie in der GKV festgelegt. Die Konkretisierung der einzelnen Bestimmungen erfolgt in einem Vertragswerk, der sogenannten Psychotherapie-Vereinbarung. Vertragspartner sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV). Die Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) wiederum ist eine Anlage des Bundesmantelvertrags Ärzte-Krankenkassen (BMV-Ä), der ebenfalls von der KBV und dem GKV-SV vereinbart wird. Der Bundesmantelvertrag kennt derzeit 29 Anlagen, eine davon, Anlage 1, ist die Psychotherapie-Vereinbarung: „Ihr Gegenstand ist die Anwendung und Umsetzung von Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der jeweils

geltenden Fassung“, so die Definition im § 1 der Psychotherapie-Vereinbarung. Ein weiterer Bestandteil des Bundesmantelvertrages ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Bewertungen aufgeführt sind.

Kurzgefasst:

Die wichtigsten praktischen Veränderungen durch die neue Psychotherapie-Vereinbarung

Die hier aufgeführten Regelungen enthalten noch nicht die Änderungen beim Verfahren zur Bestellung von Gutachtern, insbesondere der neuen Gutachter für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Diese Regelungen werden voraussichtlich erst im Laufe des ersten Quartals 2017 beschlossen.

Psychotherapeutenverzeichnis (§ 10 Abs. 4 PT-V)

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) teilt den Krankenkassen ein Verzeichnis der Psychotherapeuten mit. Es enthält den Namen, das Psychotherapieverfahren, die Telefonnummer und die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit der Praxis zur Terminkoordination.

Mitteilung der Beendigung einer Richtlinienpsychotherapie (§ 10 Abs. 5 PT-V)

Die nach der bisherigen Psychotherapie-Vereinbarung verlangte Mitteilung der Beendigung oder des Abbruchs einer Therapie gegenüber der Krankenkasse konnte bisher formlos geschehen. Für die Mitteilung über die Therapiebeendigung ist ab 01.04.2017 ein Formblatt (PTV 12) vorgesehen. Der Begriff „Abbruch“ wurde gestrichen, zum einen, weil ein Abbruch schwer zu definieren ist, zum anderen, weil der Begriff zum Nachteil des Patienten ausgelegt werden könnte.

Probatorische Sitzungen bis zur Genehmigung möglich (§ 11 Abs. 12 PT-V)

Der Antrag auf eine Richtlinienpsychotherapie kann nach der ersten Probatorischen Sitzung gestellt (§ 11 Abs. 1) und die restlichen Probatorischen Sitzungen können bis zur Genehmigung durchgeführt werden. Die KVen gingen bisher unterschiedlich mit Probatorischen Sitzungen um, die nach dem Datum des Antrags abgerechnet wurden.

Inhaltliche Begründung der Kurzzeittherapie auf Formblatt PTV 2 ist nicht mehr erforderlich (§ 11 Abs. 2 PT-V)

Beim neuen Formblatt PTV 2 entfällt das Feld für die Begründung einer KZT, sondern es enthält nur noch Ankreuzfelder zu den für die Beantragung notwendigen Angaben.

Angabe der genauen Anzahl der erforderlichen EBM-Leistungen auf Formblatt PTV 2 ist nicht mehr erforderlich (§ 11 Abs. 3 PT-V)

Ab 01.04.2017 genügt die Angabe der voraussichtlich notwendigen „Therapieeinheiten“, wobei eine Einheit einer Einzelsitzung zu 50 Minuten oder einer Gruppensitzung zu 100 Minuten entspricht. Der Begriff der „Therapieeinheit“ wird neu eingeführt, weil es in der Vergangenheit oft Missverständnisse bei

der Anrechnung von Gruppentherapien im genehmigten Kontingent gab. Der Grund waren unterschiedliche Mindestdauern der Gruppentherapien bei den psychodynamischen Verfahren mit jeweils 100 Minuten und der Verhaltenstherapie mit jeweils 50 Minuten.

Beantragung einer KZT 2 (§ 11 Abs. 4 PT-V)

Ein Antrag auf KZT 2 kann schon während der KZT 1 gestellt werden, jedoch frühestens nach sieben Sitzungen KZT 1.

Beantragung einer Fortführung (§ 11 Abs. 6 PT-V)

Nach der Psychotherapie-Richtlinie hat die Krankenkasse die Wahl, bei einem Antrag auf Fortführung der Langzeittherapie einen Gutachter zu beauftragen oder darauf zu verzichten. Eine Angabe der Frist, in der die Krankenkasse sich entscheiden muss, enthält die Psychotherapie-Richtlinie nicht. In der Psychotherapie-Vereinbarung dagegen ist nun geregelt, dass die Krankenkasse im Fall der Inanspruchnahme des Gutachterverfahrens dies dem Psychotherapeuten „unverzüglich“ mitteilt. Psychotherapeuten sollten dann „zeitnah“ einen Bericht an die zuständige Krankenkasse senden. Erfolgt keine Einleitung des Gutachterverfahrens, hat die Krankenkasse den Fortsetzungsantrag innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu genehmigen und dies schriftlich mitzuteilen.

Zusätzliche Sitzungen für Einzeltherapie bei einer ansonsten ausschließlich als Gruppentherapie konzipierten Behandlung sind künftig bei allen Verfahren, d.h. auch bei der Verhaltenstherapie möglich (§ 11 Abs. 7 PT-V)

Werden im Rahmen einer genehmigten Gruppentherapie Einzelbehandlungen notwendig, die nicht beantragt wurden, können diese in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn Gruppenbehandlungen ohne besondere Antragstellung oder Anzeige gegenüber der Krankenkasse zusätzlich durchgeführt werden. Die bisher schon für die Tiefenpsychologisch fundierte und Analytische Psychotherapie geltende Regelung wurde nun auf die Verhaltenstherapie ausgeweitet.

Flexibles Mischungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie bei der Kombinationsbehandlung (§ 11 Abs. 9 PT-V)

Beim Antrag einer Kombinationsbehandlung ist lediglich anzugeben, ob überwiegend Einzel- oder überwiegend Gruppentherapie durchgeführt werden soll. Unter Beibehaltung des Behandlungsschwerpunktes (Einzel oder Gruppe) kann das Mischungsverhältnis jederzeit ohne Antrag oder Anzeige gegenüber der Krankenkasse geändert werden.

Kombinationsbehandlung bei zwei unterschiedlichen Psychotherapeuten (§ 11 Abs. 9 PT-V)

Zukünftig können beide Psychotherapeuten ihre Leistungen getrennt bei der KV abrechnen. Voraussetzung ist, dass ein Psychotherapeut die Einzeltherapie und der andere die Gruppentherapie im gleichen Psychotherapieverfahren durchführt. Nicht möglich ist, dass die beiden Psychotherapeuten bei dieser Kombination noch einmal Einzel- und Gruppentherapie in ihrer Behandlung kombinieren. Beim Antragsverfahren wird das Formblatt PTV 1 des Patienten gemeinsam mit den beiden, von den jeweiligen Psychotherapeuten ausgefüll-

ten Formblättern PTV 2 bei der Krankenkasse eingereicht. Soll sich das Mischungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie während der Behandlung ändern, muss dies gegenüber der Krankenkasse von beiden Therapeuten gemeinsam angezeigt werden, sofern sich dadurch das Setting ändert.

Unterbrechung einer Psychotherapie von mehr als einem halben Jahr nur formlos anzeigen (§ 11 Abs.13 PT-V)

Bisher musste die Unterbrechung einer Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr „besonders“ begründet werden, wobei offen blieb, an wen die besondere Begründung gerichtet sein musste. Nun ist völlig ausreichend eine kurze, „formlose“ Begründung an die Krankenkasse zu richten.

Gruppentherapie bis zu 200 Minuten auch „im Block“ möglich (§ 11 Abs. 14 PT-V)

Nach der bisherigen Psychotherapie-Vereinbarung war eine 200 Minuten dauernde Gruppentherapie nur „in voneinander getrennten Sitzungen“ möglich. Diese, z.B. die verhaltenstherapeutischen Gruppen-Expositionsbehandlungen erschwerende Regelung wurde aufgehoben.

Psychotherapie außerhalb der Praxisräume ohne besondere Begründung möglich (§ 11 Abs. 14 PT-V)

Bisher galt nach der Psychotherapie-Vereinbarung: *„Die Durchführung einer Einzeltherapie als Doppelsitzung ist nur zulässig bei einer krisenhaften psychischen Situation des Patienten oder bei Anwendung besonderer Methoden der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie. Soll dies außerhalb der Praxisräume des Therapeuten geschehen, bedarf es einer besonderen Begründung im Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht.“*

Zukünftig gilt entsprechend der berufsrechtlichen Regelung der Muster-Berufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass eine Behandlung außerhalb der Praxisräume stattfinden kann, *„soweit dies für die Behandlung notwendig ist und berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden“*. Die Psychotherapie-Vereinbarung greift diese Vorschrift insofern auf, als die Behandlung „grundsätzlich“ in den Praxisräumen stattzufinden hat. „Grundsätzlich“ bedeutet, dass Ausnahmen möglich sind. Eine „besondere Begründung im Antrag“ ist nicht mehr erforderlich.

Mitteilung der Bewilligung einer Kurzzeittherapie (§ 13 Abs.1 PT-V)

Nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie gilt bei einer Kurzzeittherapie die sogenannte „Genehmigungsfiktion“: Wenn sich die Krankenkasse nicht innerhalb von drei Wochen zur Genehmigung äußert, gilt sie als genehmigt. Eine Mitteilung der Krankenkasse an den Versicherten oder den Psychotherapeuten ist nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie nicht vorgesehen. Das hätte eine unter Umständen dreiwöchige Wartezeit bis zur sicheren Kostenübernahme bedeutet. In der Psychotherapie-Vereinbarung wurde nun geregelt, dass die Krankenkasse die Voraussetzungen für die Leistungspflicht gegenüber ihrem Versicherten – allerdings nicht gegenüber dem Psychotherapeuten – formlos mitteilt, so dass die Zeit der Unsicherheit über die Genehmigung abgekürzt werden kann.

Mitteilung der Bewilligung einer Langzeittherapie (§ 13 Abs. 2 PT-V)

Sowohl bei der Kurzzeittherapie als auch bei der Langzeittherapie teilt die Krankenkasse die Anzahl der Therapieeinheiten (und die genehmigten EBM-Leistungen) mit, nicht mehr deren genaue Anzahl. Das gibt den Psychotherapeuten mehr Flexibilität, wenn sich bei einer Kombinationsbehandlung die Anzahl bestimmter EBM-Nummern ändert oder wenn z.B. eine Großgruppe zu einer Kleingruppe verändert wird. Die Genehmigung einer Langzeittherapie und deren Fortsetzung teilt die Krankenkasse wie bisher sowohl dem Versicherten als auch dem Psychotherapeuten mit.

Rezidivprophylaxe zur Überbrückung der „Zwei-Jahresfrist“

(§ 16 Abs. 4 PT-V)

Nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie kann bei einer Langzeittherapie ein bestimmtes Sitzungskontingent für die Rezidivprophylaxe vorgesehen werden. In diesen Fällen beginnt die Phase der Rezidivprophylaxe mit der Mitteilung der Beendigung der Langzeittherapie auf dem neuen Formblatt PTV 12. Damit startet die sogenannte „Zwei-Jahresfrist“, innerhalb derer auch eine erneute Beantragung einer Kurzzeittherapie nur über das Gutachterverfahren möglich ist. Mit den Sitzungen der Rezidivprophylaxe können zukünftig die zwei Jahre überbrückt werden, nach deren Ablauf eine erneute Kurzzeittherapie begutachtungsfrei beantragt werden kann.

Durchführung von Testverfahren während einer Psychotherapie

(§ 17 Abs. 2 PT-V)

Nach der bisher gültigen Psychotherapie-Vereinbarung konnten während der Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Psychotherapie Testverfahren des EBM-Abschnitts 35.3 bis zu dreimal abgerechnet werden. Zukünftig können bei einer Langzeittherapie Testverfahren bis zu fünfmal abgerechnet werden.

Formblätter

Neu eingeführt wurden ein Informationsblatt „Allgemeine Patienteninformation“ über die ambulante Psychotherapie in der GKV (PTV 10), ein Formblatt „Individuelle Patienteninformation“ zum Eintragen der Ergebnisse der Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11), sowie ein Formblatt zur Anzeige der Akutbehandlung und der Beendigung einer Psychotherapie (PTV 12).

Dem neuen „Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter“ (PTV 3) liegt eine Neukonzeption und Kürzung des Berichts an den Gutachter zugrunde. Der Umfang des Berichts soll in der Regel zwei Seiten umfassen. Der Umschlag für den Bericht an den Gutachter (PTV 8) wird künftig genau die Angaben enthalten, die die Krankenkasse für die richtige Zuordnung der Anträge an die Gutachter braucht.

Auf dem Formblatt PTV 2 (Antragsbegründung des Psychotherapeuten) ist zukünftig keine Angabe zur Frequenz mehr erforderlich. Weil die Frequenz im Rahmen des Behandlungsplans festgelegt wird, äußert sich der Psychotherapeut, sofern das Gutachterverfahren erforderlich ist, dazu in seinem Bericht an den Gutachter. Der Gutachter kann in seiner Stellungnahme eine Empfehlung (PTV 5) zur Frequenz abgeben, ein eigenes Feld zur Frequenz auf dem Formblatt PTV 2 ist nicht mehr vorgesehen.

Alle weiteren Formblätter wurden überarbeitet und übersichtlicher gestaltet.

Was ist noch offen und muss noch geregelt werden?

Eine wichtige Information zum bestmöglichen Umgang mit den neuen Regelungen lag uns bei Redaktionsschluss noch nicht vor: die notwendige finanzielle Bewertung und Beschreibung der neuen EBM-Leistungen. Die Verhandlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband sind im Bewertungsausschuss noch im Gange.

Der Bewertungsausschuss muss im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie auch seinen eigenen Beschluss vom 22.09.2015 zu den Strukturzuschlägen korrigieren. Eine entsprechende Protokollnotiz zu diesem Beschluss lautet: „Der Bewertungsausschuss wird die künftige Ausgestaltung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss im Hinblick auf die sachgerechte Verwendung der zur Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen bereitgestellten Finanzmittel überprüfen.“

Die hier aufgeführten EBM-Ziffern sind die sogenannten „Strukturzuschläge“.

Dass die Strukturzuschläge aus unserer Sicht rechtswidrig sind, haben wir in der Psychotherapie Aktuell und im Bundesmitgliederbrief der DPTV schon mehrfach dargelegt. Mit der Einführung der Sprechstunde und der Akutbehandlung ist dieses Konzept auch versorgungspolitisch nicht mehr haltbar. Wer als Psychotherapeut ausreichend Sprechstunden, Akutbehandlungen und Probatorische Sitzungen anbietet, verringert damit seine Chance auf die Abrechnung dieser Zuschläge. Damit würde man sich trotz höchster Auslastung wirtschaftlich schlechter stellen als ein Psychotherapeut, welcher nur ein Minimum an solchen Leistungen erbringt. Der Honorarbeschluss in seiner jetzigen Form würde geradezu verhindern, dass das mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie verfolgte Ziel einer besseren Versorgung erreicht wird. Hier bedarf es unseres Erachtens einer zeitnahen Korrektur. Am sinnvollsten wäre es insofern, die Strukturzuschläge abzuschaffen und die darin enthaltenen normativen Personalkosten für eine Halbtagskraft entsprechend der bisherigen BSG-Rechtsprechung in alle psychotherapeutischen Leistungen einzuberechnen.

Ebenfalls noch unklar ist, wie die Gültigkeit der Terminservicestellen für Psychotherapieplatzsuchende konkret umgesetzt werden soll. Nach § 75 Abs. 1a GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gelten die Terminservicestellen mit dem Start der reformierten Psychotherapie-Richtlinie „hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine.“ Einige grundsätzliche Fragen zur Anwendung der Terminservicestellen auf die Psychotherapie werden in einer eigenen Anlage (Anlage 28) zum Bundesmantelvertrag beantwortet werden. Die Anlage wird derzeit überarbeitet, Details der konkreten Ausgestaltung bleiben dann den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen.

Sobald Beschlüsse über diese noch offenen Punkte gefasst sind, werden wir Sie umgehend informieren.

Auch wenn in den oben genannten Punkten noch Unklarheit herrscht, können wir Ihnen im Folgenden beispielhaft erste Ideen aufzeigen, wie Sie die neuen Regelungen in Ihrer Praxis umsetzen können.

Wie „funktioniert“ eine Psychotherapie ab 01.04.2017 nach den neuen Regelungen?

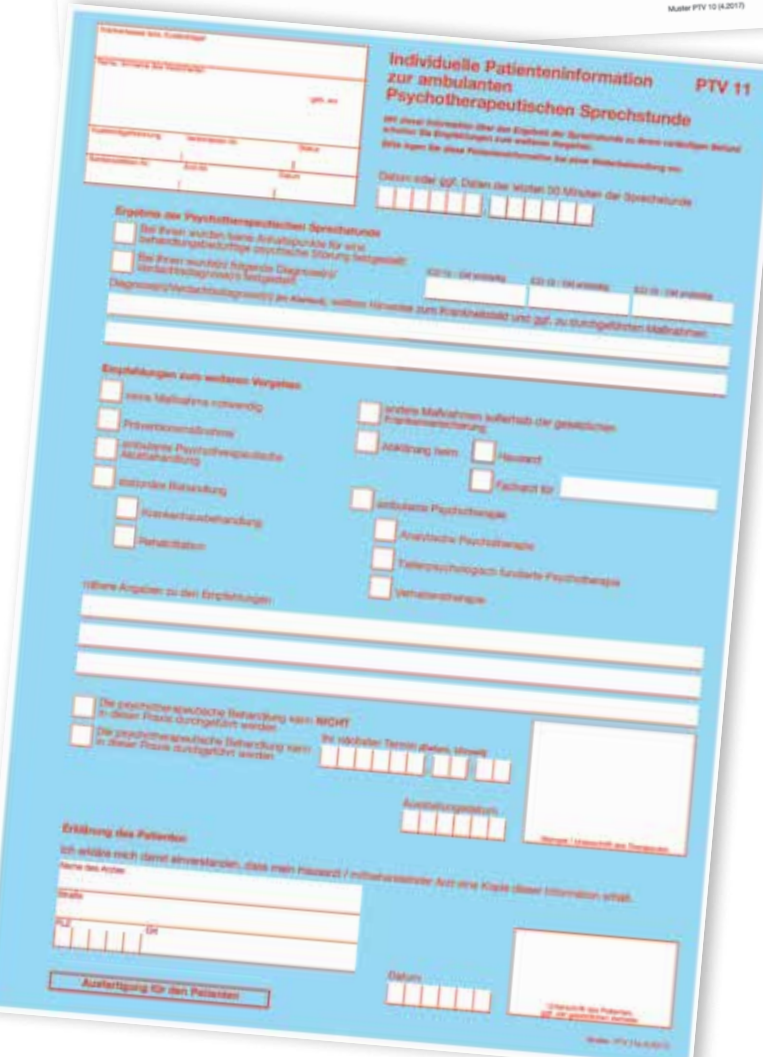
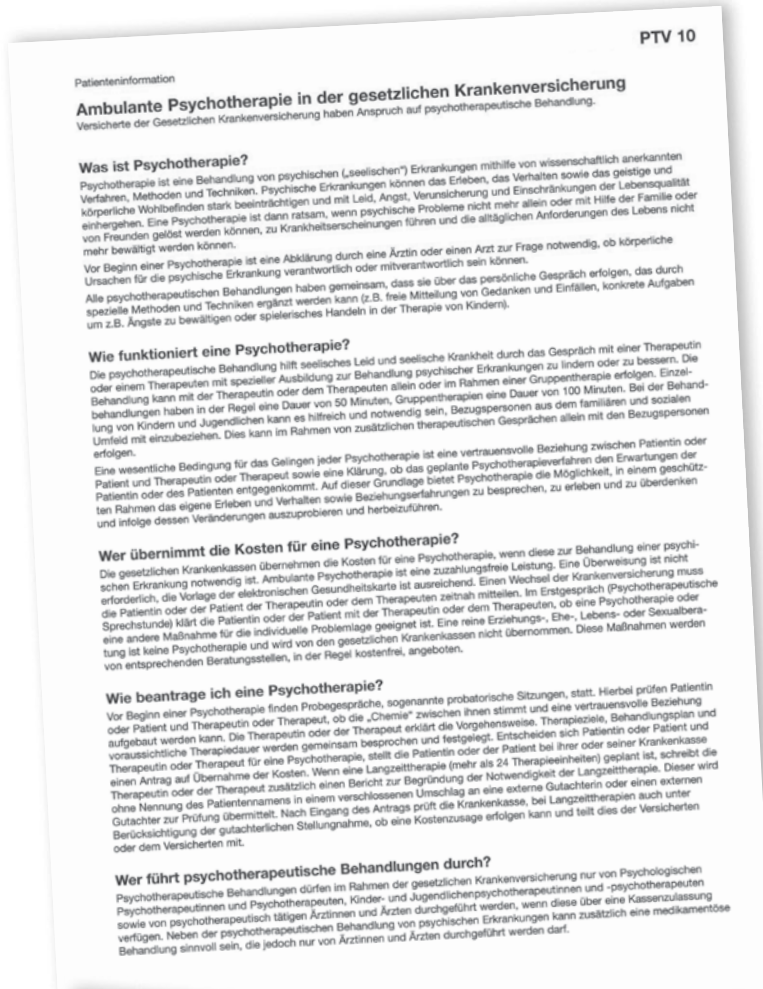
Im Folgenden stellen wir Ihnen den Ablauf einer psychotherapeutischen Behandlung mit den neuen Regelwerken vor. Wir legen hier den Schwerpunkt auf die Neuerungen, auf die Sie achten müssen und verzichten auf die detaillierten Gesetzestexte. Diese können Sie zur Psychotherapie-Vereinbarung in der aktuellen Märzangabe des Deutschen Ärzteblattes oder auf der Homepage der KBV <https://goo.gl/iBgBoq> nachlesen, zur Psychotherapie-Richtlinie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses <https://goo.gl/5JR0t7>.

Telefonische Erreichbarkeit

Alle psychotherapeutischen Praxen müssen eine „persönliche“ telefonische Erreichbarkeit gewährleisten. Patienten sollen leichter die Möglichkeit haben, mit jemandem zu sprechen und nicht nur einen Anrufbeantworter zu erreichen. Ausdrücklich soll auch Praxispersonal die Erreichbarkeit der Praxis gewährleisten können, da es nicht um eine telefonische Sprechstunde mit Beratung durch Psychotherapeuten geht, sondern um organisatorische Dinge wie beispielsweise Terminvergaben oder -verlegungen. Der Umfang der telefonischen Erreichbarkeit beträgt bei vollem Versorgungsauftrag der Praxis insgesamt 200 Minuten, bei hälftigem Versorgungsauftrag 100 Minuten pro Woche. Diese sind in 25-Minuten-Einheiten aufteilbar. Die telefonischen Erreichbarkeitszeiten zur Terminkoordination sowie die Telefonnummer müssen Sie Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung melden, die diese Information mittels eines Verzeichnisses dann quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkasse weitervermittelt. Vermutlich werden alle Psychotherapeuten von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend angeschrieben werden.

Überlegungen zur Umsetzung:

- Sie können Personal, z.B. eine Minijob-Kraft, beschäftigen, die neben der 200 (bzw. 100) Minuten telefonischen Erreichbarkeit auch andere Zuarbeiten in der Praxis erledigt.
- Sie können sich mit einem oder mehreren Kollegen eine Verwaltungskraft „teilen“. Die Verwaltungskraft könnte bei Bedarf auch ein Gewerbe anmelden oder angestellt werden. So könnte sie in mehreren psychotherapeutischen Praxen ihr Knowhow bezüglich der Telefondienste und auch in Bezug auf andere Organisations- und Verwaltungsaufgaben in psychotherapeutischen Praxen transferieren.
- Wenn Sie persönlich während der Erreichbarkeitszeit ans Telefon gehen wollen, begrenzen Sie diese Gesprächssituation am besten auf die Terminvereinbarung, und bestellen Sie den Patienten zu einer Psychotherapeutischen Sprechstunde ein.
- Machen Sie hier keine „kostenlose“ telefonische Beratung, wie Sie es früher vielleicht gewohnt waren.
- Einige Kassenärztliche Vereinigungen überlegen, ob sie ihre Terminvervicestellen für die Terminvergaben einsetzen wollen. Ob das mit der Intention der in der Psychotherapie-Richtlinie definierten Erreichbarkeit kompatibel ist, ist noch unklar.
- Auch ist es möglich, Web-Tools für spezifische Online-Terminvereinbarungen für Praxen zu nutzen, so Sie dies als Erleichterung erleben. Angeboten werden diese zur Implementierung in die Praxishomepage beispielsweise über Anbieter von üblicher Praxissoftware. Ein solches



Tool sollte allerdings die unbedingt üblichen Datenschutzbestimmungen für Praxen einhalten.

- Die telefonische Erreichbarkeit muss der KV gemeldet werden. Ob und wie die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen die Einhaltung der Erreichbarkeitszeiten kontrollieren, ist offen. Wir bestehen darauf, dass keine Kontrollen durchgeführt werden, die von der Kontrolle der Einhaltung der Sprechzeiten bei den somatisch tätigen Ärzten abweichen.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben generell die Verpflichtung, in ihrem Leistungsspektrum Psychotherapeutische Sprechstunden vorzuhalten. Diese Verpflichtung umfasst laut PT-RL „in der Regel“ 100 Minuten für einen vollen Versorgungsauftrag, 50 Minuten pro Woche für einen halben Versorgungsauftrag. Diese Sprechstunden können auch in 25-Minuten-Einheiten durchgeführt werden.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist ein erstes orientierendes Angebot eines Psychotherapeuten. Es sollte zeitnah für einen gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen. Das Wort „zeitnah“ wird in der Psychotherapie-Richtlinie und in der Psychotherapie-Vereinbarung nicht definiert. In den Bedingungen über die Terminservicestellen wird darunter „innerhalb von vier Wochen“ verstanden.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde dient dem Versicherten als erste Abklärung, ob überhaupt eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, ob eine psychotherapeutische Behandlung benötigt wird oder auch, ob weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind.

In der psychotherapeutischen Sprechstunde können Psychotherapeuten eine weitere somatische Abklärung empfehlen und relevante somatische Befunde einbeziehen. Für die Durchführung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde ist der Konsiliarbericht nicht notwendig.

Die Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) stellt klar, dass Sie Ihrer KV melden müssen, ob Sie in Ihrer Praxis eine offene Sprechstunde oder Sprechstunde mit Terminvergabe anbieten wollen. Weder in der Psychotherapie-Richtlinie, noch in der Psychotherapie-Vereinbarung wird gefordert, dass Sie die Zeiten für diese Sprechstunden nennen müssen.

Psychotherapeuten können mit erwachsenen Patienten maximal 150 Minuten Sprechstunde, mit Kindern und Jugendlichen maximal 250 Minuten durchführen. Bei Kindern und Jugendlichen dürfen von diesen 250 Minuten bis zu 100 Minuten auch nur mit den Bezugspersonen – ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen – durchgeführt werden.

Am Ende der Sprechstunde erhält jeder Patient eine *Allgemeine Patienteninformation „Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“* (PTV 10). Das allgemeine Informationsblatt enthält Informationen zum Anspruch gesetzlich Versicherter auf eine Psychotherapie, zu den zugelassenen Psychotherapieverfahren mit einer kurzen Charakterisierung und zum Antragsverfahren.

Zusätzlich erhält der Patient in der Sprechstunde eine *Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde* (PTV 11) über das Ergebnis der Sprechstunde. Darin werden die wahrgenommenen Termine der jeweiligen Sprechstunde eingetragen, die Diagnose oder Verdachtsdiagnose und eine Empfehlung für weitere diagnostische Abklärungen, für psychothe-

rapeutische Maßnahmen oder für sonstige Hilfsangebote. Der Patient ist nicht verpflichtet, sich an die Empfehlungen zu halten. Der Psychotherapeut behält für die Dokumentation der Patientenakte den dafür vorgesehenen Durchschlag des PTV 11. Hält der Psychotherapeut es für sinnvoll diesen Befundberichtes an den mitbehandelnden Arzt zu übermitteln, setzt selbstverständlich das die schriftliche Einwilligung des Patienten auf dem Formblatt voraus.

Patienten müssen erst ab dem 01.04.2018 vor einer verfahrensspezifischen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde absolviert haben. Bis dahin ist diese Regelung der PT-RL ausgesetzt und gilt erst einmal als „Kann-Regelung“.

Ausgenommen von der Verpflichtung sind jetzt Patienten, die zu Ihnen kommen, nachdem sie bei einem anderen Therapeuten die Psychotherapeutische Sprechstunde bereits absolviert haben. Dies gilt auch, wenn Patienten einen Psychotherapeuten im Rahmen einer laufenden Therapie wechseln und wenn Patienten aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativer Behandlung aufgrund einer psychischen Störung kommen. In diesen Fällen können auch nach dem 01.04.2018 erforderliche Probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung ohne Psychotherapeutische Sprechstunde beginnen.

Überlegungen zur Umsetzung:

- **Bis zum 01.04.2018** können Sie Patienten eine psychotherapeutische Behandlung anbieten, ohne dass diese zuvor eine Psychotherapeutische Sprechstunde erhalten haben. Das bedeutet, Sie können mit Patienten **direkt mit den Probatorischen Sitzungen beginnen**, um eine Richtlinien-therapie einzuleiten oder eine Akutbehandlung. Für die dafür notwendige vorherige diagnostische Abklärung stehen weiterhin die Abrechnungsmöglichkeiten für die Testdiagnostik nach dem Abschnitt 35.3 des EBM zur Verfügung und für die Erhebung der biografischen Anamnese die Nr. 35140.
- **Bestell-Sprechstunde:** Sie melden der KV, dass Sie eine Bestell-Sprechstunde durchführen und nennen ihr eine Telefonnummer, dies mit den geforderten telefonischen Erreichbarkeitszeiten. Meldet sich ein Versicherter bei Ihnen telefonisch für eine Sprechstunde, **dann vergeben Sie** dafür individuell **die Zeit, die für Sie und den Patienten am passendsten erscheint**. Es bleibt also bei einer individuellen Terminvergabe. Hier bieten sich möglicherweise auch Ausfalltermine an oder freie Termine, wenn z.B. Patienten in laufender Behandlung zeitweilig die üblichen Behandlungszeiten nicht wahrnehmen können.
- Sie können auch 100 Minuten oder deutlich mehr Zeit jeweils an einem bestimmten Wochentag für eine **offene Sprechstunde** anbieten. Das bedeutet, Patienten können ohne Termin zu Ihnen kommen. Die Patienten warten dann, wie in der Praxis des somatischen Arztes, bis sie an der Reihe sind. Sie entscheiden dann, ob ein Patient nur 25 Minuten oder mehr Zeit erhält.
- Sie könnten auch für eine **ausführliche Diagnostik** bei erwachsenen Patienten das maximale Kontingent von **150 Minuten** bzw. bei Kindern und Jugendlichen mit ihren Eltern **250 Minuten „am Stück“** entweder vereinbaren oder in einer offenen Sprechstunde verbringen.
- Inclusive der möglichen Sprechstunden-Sitzungen vor der Probatorik stehen für alle Psychotherapieverfahren insgesamt **mehr Sitzungen** als bisher zur Verfügung, **um eine Psychotherapie einzuleiten:** bei Erwachsenen sind es bis zu drei 50-minütige Sprechstunden zusätzlich bis zu vier probatorische Sitzungen. Bei Kindern und Jugendlichen sind es bis zu fünf 50-minütige Sprechstunden zusätzlich bis zu sechs probatorische Sitzungen.
- Die den Patienten zur Verfügung stehenden Sprechstunden gelten pro Krankheitsfall. Das bedeutet, dass zum Beispiel ein Erwachsener bei einem Psychotherapeuten im jetzigen und den darauffolgenden drei Quartalen bis zu 6 × 25 Minuten Sprechstunde in Anspruch nehmen kann. **Wechselt der Patient den Psychotherapeuten**, kann er bei dem neuen Psychotherapeuten **wiederum das volle Kontingent der Sprechstunde** in Anspruch

nehmen, da es sich bei diesem um einen neuen Krankheitsfall handelt (siehe Kasten).

- Die Einträge über weitere Maßnahmen in der *Individuellen Patienteninformation* sind lediglich „Empfehlungen“. Patienten müssen sich nicht daran halten. Der Durchschlag der *Individuellen Patienteninformation* verbleibt im Rahmen der Dokumentationspflicht in Ihrer Akte.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Die Psychotherapeutische Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention zur Entlastung von akuter Symptomatik. Sie dient keinesfalls einer „umfassenden Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren“. Sie dient der Krisenintervention oder zur Erst-Stabilisierung der Patienten, insbesondere auch dann, wenn nicht sofort ein Therapieplatz für eine Richtlinienpsychotherapie zur Verfügung steht. Eventuell reicht die Akutbehandlung, um mit einer Krisenintervention die Beschwerden des Patienten so zu bearbeiten, dass keine anschließende Richtlinien-therapie mehr notwendig ist. Im Sinne einer Erst-Stabilisierung kann die Akutbehandlung auch dazu dienen, den Patienten auf eine Richtlinien-therapie vorzubereiten oder andere ambulante, stationäre oder teilstationäre Maßnahmen einzuleiten.

Wann soll nun eine Akutbehandlung beginnen? In der Psychotherapie-Richtlinie findet sich dazu keine Aussage, lediglich wird in den „Tragenden Gründen“ angemerkt: „Eine Psychotherapeutische Akutbehandlung, die nicht bis spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung begonnen wurde, erfüllt nicht den Zweck dieser neuen Versorgungsmöglichkeit und kann nicht mehr als Psychotherapeutische Akutbehandlung bewertet werden.“

Die Akutbehandlung kann direkt im Anschluss an 50 Minuten Sprechstunde begonnen werden, es sind hier keine Probatorischen Sitzungen notwendig,

Kontingent der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung einmal im Krankheitsfall möglich

Der Zeitraum, in dem ein Patient bei *einem* Psychotherapeuten die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung in Anspruch nehmen kann, wird bereits in der Psychotherapie-Richtlinie mit dem Begriff „**Krankheitsfall**“ festgelegt. Dieser wird nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) definiert als das Quartal der Erst-inanspruchnahme zuzüglich die nachfolgenden drei Quartale, also ein Zeitraum von vier Quartalen. Bei demselben Psychotherapeuten ist das Kontingent der Sprechstunden-Sitzungen einmal innerhalb eines Krankheitsfalles abrechenbar, ebenso das Sitzungskontingent der Akutbehandlung. Wechselt der Patient innerhalb dieses Zeitraumes zu einem anderen Psychotherapeuten, kann dieser unabhängig von dem ersten Psychotherapeuten Sprechstunde und Akutbehandlung abrechnen.

Davon abzugrenzen ist der **Behandlungsfall**: „Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall.“

denn diese gelten – so wird es erstmalig in der neuen Psychotherapie-Richtlinie schriftlich dargelegt – nur zum Einleiten einer Richtlinien-therapie (s. auch weiter unten).

Insgesamt können bis zu 12 Sitzungen zu je 50 Minuten im Krankheitsfall, auch in 25 Minuten-Einheiten durchgeführt werden. Im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können hier – wie bei einer Richtlinien-therapie – im Verhältnis eins zu vier Stunden Bezugspersonensitzungen zusätzlich angezeigt werden. Aktuell ist in der Akuttherapie nur ein Einzeltherapie-Setting zulässig, keine Gruppentherapie.

Wird eine Akutbehandlung in eine Kurzzeit- oder Langzeittherapie umgewandelt, werden die durchgeführten Sitzungen auf das Kontingent der Richtlinien-therapie angerechnet. Das bedeutet, die in der Akutbehandlung durchgeführten Sitzungen sind kein „Add-On“, sie erhöhen nicht das Gesamtkontingent der Behandlung bei einem Patienten.

Das Vorliegen eines Konsiliarberichts oder eine unmittelbar vorausgegangene somatische Abklärung ist für die Psychotherapeutische Akutbehandlung nicht zwingend erforderlich. Allerdings empfiehlt sich eine somatische Abklärung im Rahmen der Behandlung aus berufs- und haftungsrechtlicher Sicht.

Eine Akutbehandlung ist nicht antragspflichtig, sie wird lediglich gegenüber der Krankenkasse „angezeigt“. Für diese „Anzeige“ gibt es ein neues Formular, das PTV 12.

Überlegungen zur Umsetzung:

- In welchem Umfang Sie Akutbehandlungen anbieten, hängt von der Struktur Ihrer Praxis und von der Anzahl Ihrer Patienten hinsichtlich eines dringenden Behandlungsbedarfs ab. Selbstverständlich haben Sie im Rahmen Ihres gesamten Leistungsspektrums die Freiheit, einzelne Leistungselemente stärker oder weniger stark anzubieten.
- Ein Vorteil einer psychotherapeutischen Akutbehandlung könnte sein, dass diese bei einem Patienten gegebenenfalls eine Krankschreibung oder eine Krankenhauseinweisung verhindern.
- Die den Patienten zur Verfügung stehenden Sitzungen für die Akutbehandlung gelten pro Krankheitsfall. Das bedeutet, dass zum Beispiel ein Erwachsener bei *einem* Psychotherapeuten im jetzigen und den darauffolgenden drei Quartalen bis zu 12 x 50 Minuten Akutbehandlung in Anspruch nehmen kann. Wechselt der Patient den Psychotherapeuten, so kann er bei dem neuen Psychotherapeuten wiederum das volle Kontingent der Akutbehandlung in Anspruch nehmen, da es sich bei diesem um einen neuen Krankheitsfall handelt (siehe Kasten). Es müssen nicht alle 12 Sitzungen in der Akutbehandlung durchgeführt werden. Stellen Sie im Einvernehmen mit dem Patienten fest, dass eine bestimmte Anzahl von Sitzungen ausreicht, kann die Akutbehandlung beendet werden bzw. bei Indikation in die Probatorischen Sitzungen für eine Richtlinien-therapie überführt werden. Für den Übergang in die Probatorik besteht keine Antrags- oder Anzeigepflicht.
- Das Ende einer Akutbehandlung muss der Krankenkasse nicht mitgeteilt werden.

Probatorische Sitzungen

Ist bei einem Patienten eine Richtlinienpsychotherapie indiziert, werden zur (weiteren) diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes und zur Feststellung der Prognose, Motivation, Passung und Eignung für das angebotene Therapieverfahren Probatorische Sitzungen durchgeführt. In allen Verfahren müssen mindestens zwei Probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Maximal stehen erwachsenen Patienten vier Probatorische Sitzungen à 50 Minuten zur

Verfügung. Bei Kindern und Jugendlichen gibt es zusätzlich zwei weitere Probatorische Sitzungen, auch um der Notwendigkeit von Gesprächen mit Bezugspersonen Rechnung zu tragen.

Probatorische Sitzungen dienen nur zur Einleitung einer Langzeit- oder Kurzzeittherapie, sie müssen deshalb nicht vor einer psychotherapeutischen Akutbehandlung durchgeführt werden.

Gedanken zur Umsetzung:

- Neu ist die Mindestzahl von zwei Probatorischen Sitzungen vor Beginn einer Richtlinien-therapie.
- Auch wenn Sie vorab mit dem Patienten eine Akutbehandlung durchgeführt haben, sind vor Beginn einer Richtlinien-therapie zwei Probatorische Sitzungen verpflichtend. Es wird ab 01.04.2017 explizit möglich sein, dass Probatorische Sitzungen bis zur Bewilligung einer Kurz- bzw. Langzeittherapie durchgeführt werden können. Das kann helfen, die Zeit bis zur Rückmeldung einer Krankenkasse zur Genehmigung einer KZT 1 zu überbrücken (siehe unten bei Beantragung einer KZT).
- Sie können allerdings den Antrag auf KZT 1 oder LZT schon nach der ersten Probatorischen Sitzung stellen, wenn die zweite Probatorische Sitzung terminiert ist.

Beantragung einer Richtlinienpsychotherapie

Zeigt sich in der Psychotherapeutischen Sprechstunde, in der Akutbehandlung oder in den Probatorischen Sitzungen, dass eine Richtlinien-therapie indiziert ist, entscheidet der Psychotherapeut gemeinsam mit dem Patienten, ob eine Kurzzeittherapie oder eine Langzeittherapie beantragt werden soll.

Wie bereits oben erwähnt, müssen vor dem Beginn einer Richtlinien-therapie zwei Probatorische Sitzungen durchgeführt werden.

Neu eingeführt wurde, dass Therapiesitzungen in allen Verfahren auch in Einheiten von 25 Minuten oder als Doppelsitzung mit 100 Minuten durchgeführt werden können.

Weiterhin muss das Ende einer Psychotherapie der Krankenkasse mitgeteilt werden. Bisher war das formlos möglich, neu ist ein eigenes Formblatt (PTV 12) für diese Mitteilung.

Therapieeinheiten

Auf dem Antragsformular PTV 2 werden zukünftig die Sitzungen in „Therapieeinheiten“ beantragt. Dies macht es – insbesondere auch bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie – leichter, mit dem vorhandenen Kontingent „richtig“ zu rechnen:

Eine Therapieeinheit einer Einzelsitzung hat 50, eine Therapieeinheit einer Gruppentherapie-sitzung 100 Minuten.

So kann bei einer Psychotherapie, die Einzel- und Gruppentherapie kombiniert, immer leicht das verbliebene Kontingent berechnet werden.

Wie bisher wird bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zusätzlich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Bezugspersonen beim Antrag aufgeführt.

Das im Rahmen der genehmigungspflichtigen Psychotherapie durchzuführen- de Konsiliarverfahren konnte im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie bzw. -vereinbarung nicht geändert werden. Dieses bleibt ein dringendes Anliegen.

Kurzzeittherapie (KZT)

Eine Kurzzeittherapie ist zukünftig in zwei Beantragungsschritte unterteilt, KZT 1 und KZT 2. Beide umfassen jeweils 12 Sitzungen und können als Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden. Gegebenenfalls bereits durchgeführte Sitzungen in der Akutbehandlung werden auf die KZT 1 angerechnet. Beide Kurzzeittherapien müssen bei der Krankenkasse beantragt werden. Die KZT 1 und KZT 2 gilt für alle Verfahren. Das bedeutet, auch Kollegen mit Fachkunde in Analytischer Psychotherapie können zukünftig die in ihrem Verfahren existierenden analytischen Kurzzeittherapie-Konzepte anwenden.

Für die Beantragung benötigen Sie zukünftig kein Gutachterverfahren, auch nicht für Kolleginnen und Kollegen, die neu ins GKV-System kommen. Wie bisher werden beim Antrag zwei Formulare benötigt: eines (PTV 1) für den Antrag des Versicherten, ein zweites für die Angaben des Psychotherapeuten zum Psychotherapieverfahren und zu den voraussichtlich benötigten Kontingenten (PTV 2). Wie zuvor schicken Sie beide Formulare mit dem Konsiliarbericht an die Krankenkasse.

Die Krankenkasse prüft die Voraussetzungen für die Leistungspflicht gegenüber ihrem Versicherten und teilt dem Versicherten formlos das Ergebnis mit. Diese Rückmeldung der Krankenkasse kann die Zeit der Unsicherheit über die Genehmigung der beantragten Psychotherapie abkürzen. Ohne Rückmeldung gilt der Antrag nach dem Prinzip der „Genehmigungsfiktion“ nach drei Wochen als genehmigt. Neu ist, dass bei der Kurzzeittherapie die Mitteilung der Krankenkasse nicht an den Psychotherapeuten geht.

Gedanken zur Umsetzung:

- Ein Antrag auf KZT 2 kann frühestens nach sieben durchgeführten Therapieeinheiten der KZT 1 gestellt werden. Um eine Unterbrechung der Behandlung zu vermeiden, sollten Sie bei Indikation auf eine Weiterführung der Therapie die KZT 2 frühzeitig beantragen.
- Einer abgeschlossenen KZT 2 kann wiederum eine KZT 1 folgen, allerdings auch nur mit einem Bericht an den Gutachter, wenn nicht zwei Jahre zwischen KZT 2 und einer neuen KZT 1 liegen. Liegen mehr als zwei Jahre dazwischen, kann der Antrag wieder ohne Bericht gestellt werden.
- Psychotherapeuten, die neu eine Kassenpraxis eröffnen oder als angestellte Psychotherapeuten tätig werden, müssen zu Beginn ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit für eine KZT-Behandlung keine 35 bewilligten Berichte an einen Gutachter nachweisen, bevor sie eine berichtsbefreie KZT beantragen können. Bei Beginn der Praxistätigkeit mit meist vielen neuen Patienten ist das eine enorme Erleichterung. Dies gilt selbstverständlich auch für Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA), die regelmäßig supervidiert mit ihrer praktischen Tätigkeit in der Ausbildungsambulanz starten.
- Kolleginnen und Kollegen mit Fachkunde Analytische Psychotherapie können nun auch in ihrem Verfahren eine Kurzzeittherapie durchführen und diese dann später in eine Langzeittherapie umwandeln, wenn sie indiziert ist.
- Weil die Krankenkasse die Genehmigung einer Kurzzeittherapie nur dem Versicherten und nicht dem Psychotherapeuten mitteilt, empfiehlt es sich, den Patienten ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass er sich mit dem Psychotherapeuten umgehend in Verbindung setzt, wenn die Mitteilung der Krankenkasse eingegangen ist.

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie PTV 1

Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt. Bei diesem die persönliche Daten und optional 1-40 Unterschriften (200 Unterschriften) des Antragstellers ist zur Beantragung des Gutachterverfahrens erforderlich. Die Angabe der Sitzungen ist für die Berechnung der Kontingente erforderlich. Die Angabe der Sitzungen ist für die Berechnung der Kontingente erforderlich. Letztlich muss eine Besondere Vereinbarung zwischen dem Versicherten und dem Gutachter vorliegen.

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammscheininhaber bei Eltern- und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie
- Folgebearbeitung während einer laufenden Behandlung

Ich beantrage die Psychotherapie als

- Einzeltherapie

Bei Einzeltherapie bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 30 Minuten psychotherapeutische Sitzungen durchgeführt?

ja, und zwar am: _____ und ggf. am: _____

nein (dann bitte folgende Angaben)

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

ja

nein

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

ja

nein

Erklärung des Patienten:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrages notwendigen Angaben insbesondere zur Feststellung der Erkrankung zu unverzüglichen Behandlungen und Begutachtung sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter stellt.

Ausfertigung für die Krankenkasse

Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten PTV 2

Name des Antragstellers: _____

Chiffre des Patienten: _____

Arbeitsgemeinschaft des Familienhilfe (2-stellig): _____

Diagnose(n) ICD-10 - der Leitlinie: _____

Antrag des Patienten auf Psychotherapie

- für Erwachsene (EiV)
- für Kinder und Jugendliche (KJG)
- Analytische Psychotherapie (AP)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TF)
- Verhaltenstherapie (VT)
- Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
- Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
- Langzeittherapie (LZT) als
 - Einzeltherapie
 - Umwandlung
 - Fortführung
- ausschließlich Einzeltherapie
- ausschließlich Gruppentherapie
- Kombinationsbehandlung mit
 - Einzeltherapie
 - Gruppentherapie
 - die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungszeitraum werden beantragt

Therapeuten mit GOP des EBM: _____

Für den Eintrag von Besonderepersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapeuten mit GOP des EBM: _____

Bei Einzeltherapie:

Wurde bei Beginn der Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt?

Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:

1. Sitzung am: _____

2. Sitzung am: _____

Bei Antrag auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rückprognose durchgeführt werden?

ja, mit vorläufigem _____ Therapeutenvertrag

nein

noch nicht absehbar

ein Fortführungsantrag ist vorläufiglich erforderlich

Bisheriger Behandlungsverlauf des Patienten

Therapeuten in der KZT1, KZT2 und LZT als Einzelbehandlung: _____

Therapeuten in der KZT1, KZT2 und LZT als Gruppentherapie: _____

Therapeuten in der Akutbehandlung: _____

Letzte gefachärztliche Stellungnahme

Name des Gutachters: _____ Datum der Stellungnahme: _____

Erklärung des Therapeuten

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertraglichen Vereinbarung durch und habe von der notwendigen Kassenscheinanforderung die hierfür erforderliche Anrechnungsgenehmigung beantragt.

Ausstellungsdatum: _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Langzeittherapie (LZT)

Eine Langzeittherapie ist im Erstantrag und Umwandlungsantrag immer gutachterpflichtig. Einer Langzeittherapie müssen keine Kurzzeitherapien vorausgehen, sie kann von Beginn an oder jederzeit im Laufe einer der beiden Kurzzeitherapien beantragt werden. Der Antrag sollte rechtzeitig, bis zur achten Sitzung der KZT 2 gestellt werden, also nach insgesamt 20 Sitzungen Kurzzeittherapie – einschließlich eventuell in diesem Rahmen durchgeführter Sitzungen Akutbehandlung – gestellt werden.

Hierfür muss regelhaft ein Bericht an den Gutachter gestellt werden. Neu ist, dass der erste Bewilligungsschritt der Langzeittherapie für die Verhaltenstherapie und die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf 60 Sitzungen angehoben wurde. Bei der Analytischen Therapie bleibt der erste Schritt bei 160 Sitzungen.

Dem neuen „Leitfaden zum Erstellen des Berichts an den Gutachter“ (PTV 3) liegt eine Neukonzeption und Kürzung des Berichts zugrunde. Neu ist, dass die Angaben zur Anamnese wegfallen und nur die für die Behandlung relevanten lebensgeschichtlichen Aspekte in der Psychodynamik bzw. der Verhaltensanalyse beschrieben werden sollen. Hiermit sollen Redundanzen verhindert werden. Weiter ist es möglich, den Bericht stichwortartig abzufassen. Der Umfang des Berichts soll in der Regel zwei Seiten umfassen.

Ab dem 01.04.2017 wird es möglich sein, für eine Begutachtung eines Antrages auf Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie einen Gutachter zu wählen, der ausschließlich Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begutachtet. Hierfür sollen neue Gutachter zusätzlich aufgenommen werden.

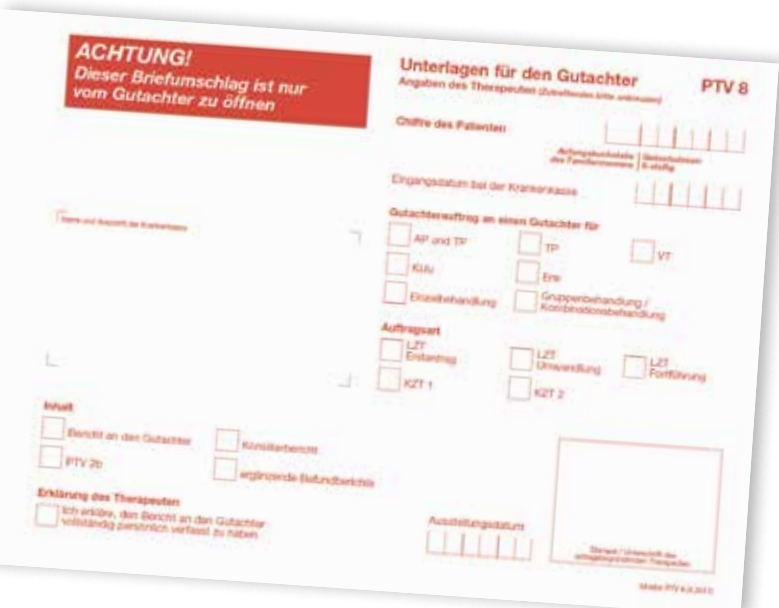
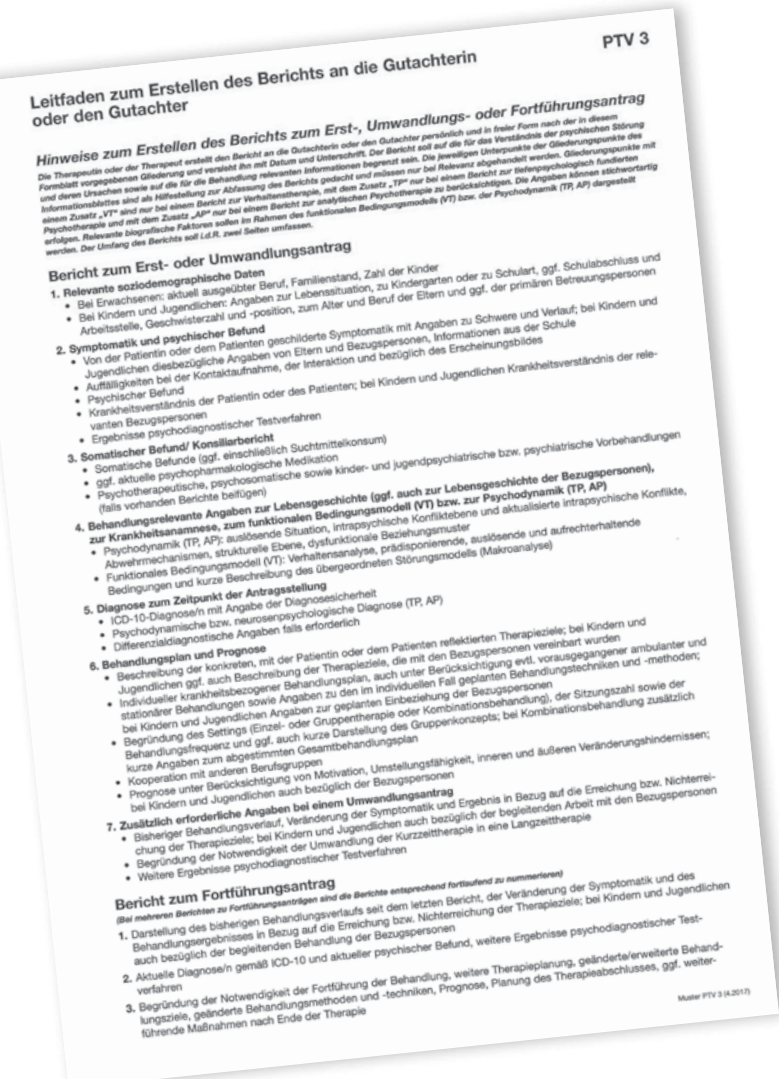
Gedanken zur Umsetzung:

- Erfolgt die Beantragung einer Langzeittherapie während oder nach einer psychotherapeutischen Akutbehandlung, müssen die obligatorischen zwei Probatorischen Sitzungen durchgeführt werden.
- Der Umschlag für den Bericht an den Gutachter unterscheidet sich farblich nicht mehr zwischen den Verfahren, sondern das zu beantragende Verfahren und das Setting werden auf dem Umschlag angegeben und gelangen dann über die Krankenkasse zu dem entsprechenden Gutachter.
- Wenn Sie eine Begutachtung eines Antrages auf Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an einen Gutachter richten wollen, der ausschließlich Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begutachtet, können Sie diese Wahl auf dem neuen Umschlag vermerken.
- Genehmigungen oder Ablehnungen für Anträge mit Gutachterverfahren müssen laut Patientenrechtegesetz innerhalb von fünf Wochen mitgeteilt werden. Wenn Sie hier einen Beleg für das Versende-Datum haben möchten, empfehlen wir Ihnen die Versendung per Einwurfschreiben.
- Wie bisher erhalten Sie als Psychotherapeut vom Gutachter eine gutachterliche Stellungnahme.
- Die Genehmigung einer Langzeittherapie teilt die Krankenkasse wie bisher sowohl dem Versicherten als auch dem Psychotherapeuten mit.

Verlängerung einer Langzeittherapie

Neu ist, dass bei allen Verfahren in der Verlängerung der Langzeittherapie ein Bewilligungsschritt entfällt, d.h. der zweite und dritte Schritt wurden zusammengefasst (siehe Abbildungen 1 und 2, Seite 12).

Ebenfalls neu ist, dass bei einer notwendigen Verlängerung der Langzeittherapie die Krankenkasse einen Bericht an den Gutachter fordern *kann*, aber *nicht muss*.



Sollte die Krankenkasse keinen Bericht für die Verlängerung wünschen, wäre damit das Maximalkontingent in einem Therapieverfahren mit einem einzigen Bericht an den Gutachter erreicht.

Erfolgt keine Einleitung des Gutachterverfahrens, hat die Krankenkasse den Fortsetzungsantrag bei Vorliegen der formalen Voraussetzungen innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu genehmigen.

Sofern die Krankenkasse zur Prüfung einen Gutachter beauftragt, hat sie dies dem Psychotherapeuten „unverzüglich“ mitzuteilen. Ist das der Fall, erstellt der Psychotherapeut „zeitnah“ seinen Bericht an den Gutachter und schickt ihn zusammen mit dem Formblatt PTV 1 und dem Formblatt PTV 2 an die zuständige Krankenkasse.

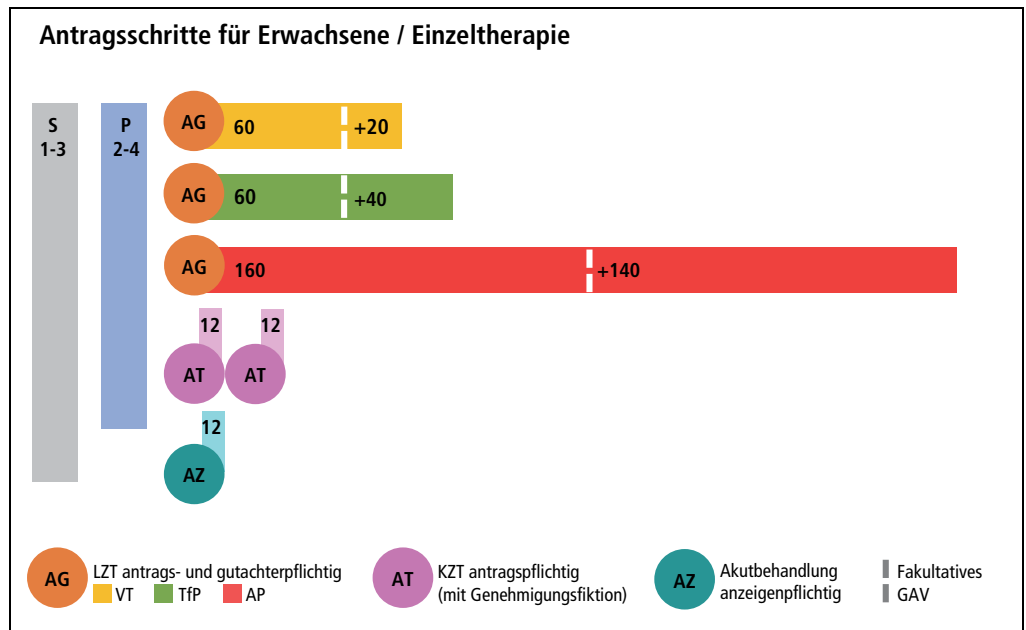


Abbildung 1

Gedanken zur Umsetzung:

- Die Verlängerung wird, wie alle anderen Anträge, mit den Formularen PTV 1 und PTV 2 beantragt.
- Wenn die Krankenkasse „unverzüglich“ vom Psychotherapeuten einen Bericht an den Gutachter anfordert, schreibt der Psychotherapeut „zeitnah“ den Bericht und schickt ihn in dem verschlossenen Umschlag (PTV 8) an den von der Krankenkasse genannten Gutachter. Widersprüchlich ist noch, ob eine Kopie des Formulars PTV 2 ebenfalls „eingetütet“ werden muss oder ob die Kopie dem Anschreiben an die Krankenkasse beigelegt werden muss. Für ersteres spricht § 11 Abs. 6 Satz 4, für letzteres die Angabe auf dem Umschlag, dass das Formblatt dem Umschlag beigelegt ist.
- Gerade, weil die Begriffe „zeitnah“ und „unverzüglich“ in der Psychotherapievereinbarung nicht genauer definiert sind, sollten Sie hier Zeit als Puffer einplanen. Ein Verlängerungsantrag sollte in der Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie am besten nach der 50. Sitzung, in der Analytischen Therapie nach der 150. Sitzung gestellt werden.
- Der Bewilligungsbescheid der Krankenkasse geht sowohl an den Patienten als auch an den Psychotherapeuten.

Beantragung von Gruppentherapie

Auch in der Gruppentherapie entfällt wie in der Einzeltherapie die Berichtspflicht für die KZT 1 und KZT 2. Bei der LZT ist das Gutachterverfahren notwendig. Bei der Fortführung kann eine Krankenkasse

das Gutachterverfahren in Anspruch nehmen, muss sie aber nicht. Neu ist, dass auch für Kinder in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine Kurzzeittherapie im Gruppensetting möglich ist (siehe Abbildungen 3 und 4, Seite 13).

Für alle Verfahren kann die Gruppe minimal drei bis maximal neun Teilnehmern umfassen.

Gruppentherapie kann entweder als ausschließliche Gruppentherapie durchgeführt werden oder als Kombinationsbehandlung mit Einzeltherapie.

Laut PT-RL § 21 (3) gilt: „Bei Veränderung des bewilligten Behandlungssettings während einer laufenden Kurzzeittherapie ist der Krankenkasse diese Än-

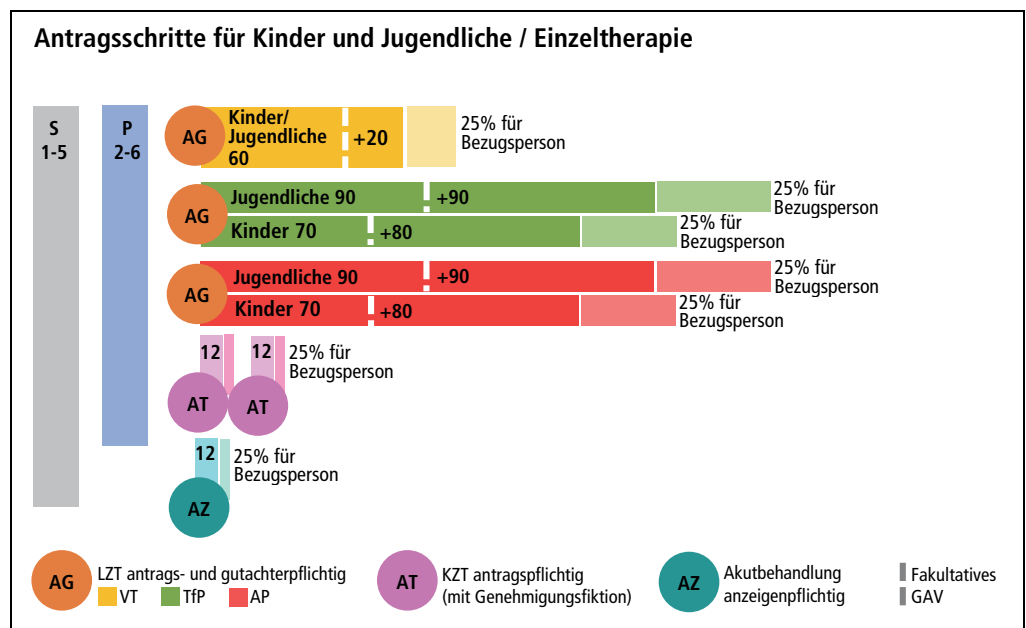


Abbildung 2

derung anzuzeigen, sofern das bewilligte Stundenkontingent im Rahmen der Änderung nicht überschritten wird. Bei Änderung des Settings in der Langzeittherapie ist ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.“

Bei Kombinationsbehandlung ist zu entscheiden, ob überwiegend Einzeltherapie oder überwiegend Gruppentherapie beantragt wird. Unter Beibehaltung dieses Behandlungsschwerpunktes kann das Mischungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie jederzeit, ohne Anzeige gegenüber der Krankenkasse, geändert werden. Nur wenn man bei einer Kombinationsbehandlung von einer überwiegend als Einzeltherapie konzipierten Behandlung in eine überwiegend als Gruppentherapie konzipierte Behandlung wechseln will (und umgekehrt), bedarf es einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse.

Werden in einer ausschließlich als Gruppentherapie genehmigten Behandlung Einzelsitzungen notwendig, können zusätzlich im Verhältnis eins zu zehn Einzeltherapiesitzungen durchgeführt werden, ohne dass es einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse bedarf.

Gedanken zur Umsetzung:

- Haben Sie noch nicht genügend Patienten zusammen, die sich für eine Gruppentherapie eignen, können Sie mit ihnen eine Einzeltherapie beginnen. Diese Einzeltherapie(n) Ihres/r Patienten kann dann im Rahmen einer KZT in eine Gruppentherapie überführt werden. Es bedarf für diesen Settingwechsel einer formlosen Anzeige bei der Krankenkasse. Findet dieser Settingwechsel im Rahmen einer LZT statt, ist ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag zu stellen, sofern nicht zu Beginn bereits eine Kombinationsbehandlung beantragt wurde.
- Wenn Sie eine Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie durchführen möchten, können Sie diese mit einem Kreuz auf dem PTV 2 beantragen. Eine Kombinationsbehandlung muss immer ein Hauptsetting haben. Dieses hat immer mindestens eine Therapieeinheit mehr als das Setting, mit dem Sie kombinieren wollen. Beispiel: Sie beantragen eine LZT-Kombinationstherapie mit 60 Therapieeinheiten mit „vorwiegend“ Einzeltherapie. Ohne dass Sie die genaue Anzahl der EBM-Leistungen angeben, gehen Sie hier von einer Kombination von z.B. 40 Einheiten Einzeltherapie und 20 Einheiten Gruppentherapie aus.
- Nun stellt sich heraus, dass Sie das Mischungsverhältnis von Einzel- und Gruppentherapie, dass Sie für Ihren Patienten geplant haben, ändern müssen:
 - Solange bei der Änderung die Einzeltherapie das „Hauptsetting“ bleibt, muss diese Änderung nicht der Krankenkasse gemeldet werden (in unserem Beispiel von oben: bis zu 31 Sitzungen Einzeltherapie in Bezug zu 29 Sitzungen Gruppentherapie)
 - Ändert sich in der Gesamtschau das Hauptsetting, d.h. dass Sie mit dem Patienten mehr Gruppentherapie als Einzeltherapie durchführen, muss diese Änderung der Krankenkasse formlos mitgeteilt werden (in dem Beispiel von oben: ab 29 Sitzungen Einzeltherapie zu 31 Sitzungen Gruppentherapie)
- Wird eine Kombinationsbehandlung bei zwei Psychotherapeuten durchgeführt, der eine behandelt den Patienten mit Einzeltherapie, parallel ein weiterer den Patienten in einer Gruppe, gilt folgendes Vorgehen:
 - Die Kombinationsbehandlung wird mit dem PTV 1, dem Antrag des Patienten an die Krankenkasse, beantragt.
 - Jeder der beiden Psychotherapeuten begründet seinen Antrag auf Einzel- bzw. Gruppentherapie separat mit jeweils einem eigenen PTV 2. Da es sich bei unserem Beispiel um einen Langzeittherapie-Antrag handelt, schreibt jeder Psychotherapeut seinen Berichtsteil an den Gutachter. Das PTV 1, der Konsiliarbericht, die beiden PTV 2 sowie die beiden Berichtsteile für den Gutachter werden zusammen an die Krankenkasse geschickt.

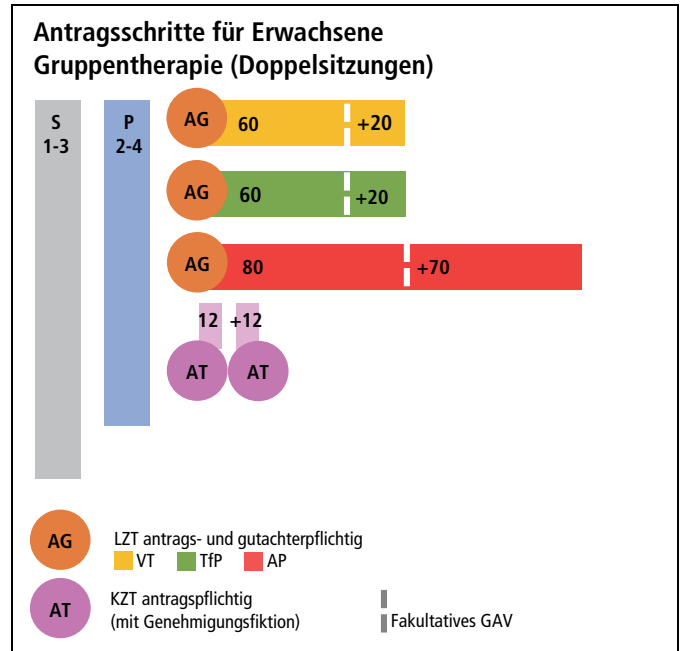


Abbildung 3

- Im Rahmen einer KZT ist die Beantragung einer Kombinationsbehandlung nur auf dem PTV 2, dem Antragsformular mit den Angaben des Psychotherapeuten, anzukreuzen. Es ist keine inhaltliche Begründung mehr erforderlich.
- Ausgeschlossen ist bei diesem Verfahren jedoch, dass jeder der beiden Psychotherapeuten in dieser Kombinationstherapie noch einmal in seiner Behandlung Einzel- und Gruppentherapie mischt.
- Ausgeschlossen ist ebenfalls eine verfahrensübergreifende Kombination, das bedeutet, eine Kombination von Tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie bei einem Psychotherapeuten und verhaltenstherapeutischer Einzelsitzungen beim zweiten Psychotherapeuten ist nicht gestattet.
- Beide Psychotherapeuten rechnen ihre Leistungen getrennt mit der KV ab.

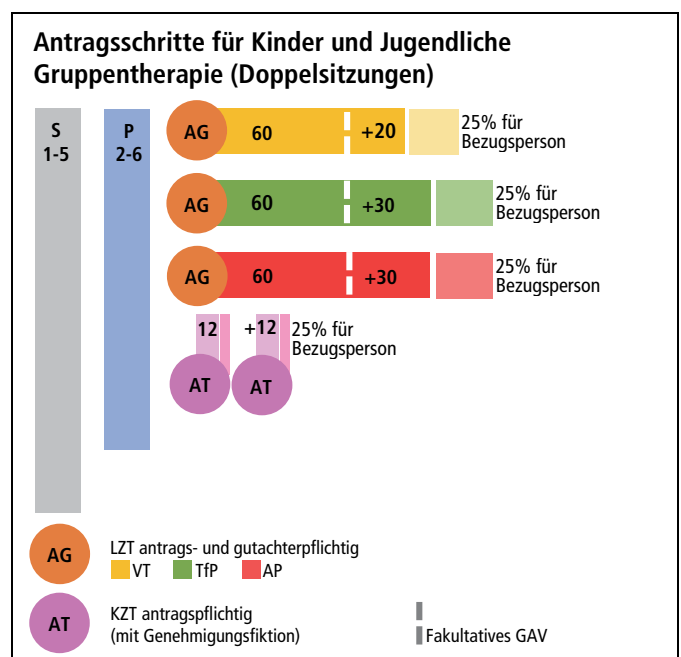


Abbildung 4

	Behandlungsdauer		Rezidivprophylaxe
Erwachsene	40 Stunden und mehr	→	max. 8 Stunden
	60 Stunden und mehr	→	max. 16 Stunden
Kinder und Jugendliche	40 Stunden und mehr	→	max. 10 Stunden
	60 Stunden und mehr	→	max. 20 Stunden

Tabelle 1

Rezidivprophylaxe

„Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe sind integraler und unverzichtbarer Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung nach § 15 dieser Richtlinie“, so die „Tragenden Gründe“. Sie ist eine niederfrequente therapeutische Maßnahme zur Stabilisierung der erreichten und erarbeiteten Ziele des Patienten, auch um Krisen bei Therapieende in zu erwartenden kritischen Lebenssituationen abfangen zu können.

Es gibt hier keine zusätzlichen Sitzungen zum Gesamtkontingent, d.h. die Rezidivprophylaxe muss innerhalb des bewilligten Kontingents für das jeweilige Verfahren durchgeführt werden.

Die Notwendigkeit der Rezidivprophylaxe ist bereits im Bericht an den Gutachter bei dem Antrag auf Langzeittherapie zu begründen. Ist der Einsatz zu Beginn noch nicht absehbar, kann die Rezidivprophylaxe bei jedem Bewilligungsschritt einer Langzeittherapie beantragt werden. Formal wird dies mit dem PTV 12-Formular beantragt.

Die Rezidivprophylaxe wird hinter der EBM-Ziffer mit einem „R“ gekennzeichnet.

Sitzungen der Rezidivprophylaxe sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents und können bis zu zwei Jahren nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden. Je nach Behandlungsdauer können unterschiedliche maximale Kontingente Rezidivprophylaxe beantragt werden (siehe Tabelle 1).

Gedanken zur Umsetzung:

Sie müssen abschätzen, welche Regelung hier Ihren Patienten am Ende der Therapie am besten unterstützt:


- Möchten Sie die Rezidivprophylaxe nutzen, um mit den zugestandenen Sitzungen die Zwei-Jahresfrist zu überbrücken, um dann wieder ohne Bericht an den Gutachter eine KZT zu beantragen, dann wäre diese Regelung eventuell günstig: Denn die Sitzungen der Rezidivprophylaxe zählen nicht im Zwei-Jahres-Zeitraum.
- Wissen Sie noch nicht, wie viele Sitzungen Ihr Patient am Ende der Therapie benötigt, bzw. benötigt er mehr, als die hier im Rahmen der Rezidivprophylaxe zugestandenen Sitzungen, dann sollten Sie gegebenenfalls nicht diese Rezidivprophylaxe nutzen, sondern so verfahren, wie zuvor: Nutzen Sie alle nicht verbrauchten Sitzungen eines genehmigten Kontingentes in niedriger Behandlungsfrequenz. Achten Sie allerdings darauf, dass zwischen den Sitzungen nicht mehr als sechs Monate liegen.
- Bei der Antragstellung müssen Sie sich nicht entscheiden, ob Sie die Rezidivprophylaxe für Ihren Patienten in Anspruch nehmen wollen. Sie können auf dem Formblatt PTV 2 auch angeben, dass dies zum Zeitpunkt des Antrags noch nicht absehbar ist.
- Wenn Sie mit der Rezidivprophylaxe beginnen wollen, müssen Sie zuvor das Ende der Psychotherapie der Krankenkasse mit dem PTV 12 anzeigen.

- Achtung: Eine Beantragung einer Rezidivprophylaxe ist **nicht** im Rahmen einer Kurzzeittherapie möglich.

Übergangsregelungen

Als Faustregel gilt bei den Übergangsregelungen: Eine erteilte Bewilligung behält ihre Gültigkeit auch nach dem 01.04.2017. Nach dem 01.04.2017 gelten die Regelungen nach der neuen PT-RL.

Gedanken zur Umsetzung:

- Wird nach 25 Sitzungen einer bewilligten Kurzzeittherapie nach alter PT-RL nach dem 01.04.2017 eine Umwandlung in eine Langzeittherapie beantragt, gelten die Regelungen der neuen PT-RL: für eine Verhaltenstherapie und eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie können hier weitere 35 Sitzungen (auf 60 Sitzungen) beantragt werden.
- Wurde eine Langzeittherapie vor dem 01.04.2017 bewilligt, gilt das Kontingent über den 01.04.2017 hinaus. Gleiches gilt für eine bewilligte Kurzzeittherapie.
- Wird bei einer bewilligten Langzeittherapie nach alter PT-RL nach dem 01.04.2017 ein Fortführungsantrag gestellt, gilt die neue PT-RL: Man kann gleich das Höchstkontingent beantragen und die Krankenkasse kann auf das Gutachterverfahren verzichten.
- Die Möglichkeit, für einen Erstantrag Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 60 Sitzungen zu beantragen, gilt für Anträge ab dem 01.04.2017.
- Es kann sich aus diesen Gründen gegebenenfalls „lohnen“, und sofern es fachlich vertretbar ist, einen Erstantrag auf Langzeittherapie, Umwandlungsantrag oder ersten Fortführungsantrag erst nach dem 01.04.2017 zu stellen. 

Literaturhinweise

Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 08.08.2016, 09.09.2016 und 08.12.2016: <https://goo.gl/ML5kyT>

Psychotherapie-Richtlinie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses: <https://goo.gl/5RJ0t7>

Psychotherapie-Vereinbarung auf der Homepage der KBV: <https://goo.gl/hR7VOE>

Schäfer S. (2016). Alte Strukturen endlich aufgebrochen. Reformierte Psychotherapie-Richtlinien verabschiedet. *Psychotherapie Aktuell* 3.2016, S. 7–21

Sabine Schäfer

Psychologische Psychotherapeutin, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Dieter Best

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ehemals Mitglied der Vertreterversammlung der KBV und alternierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV.