



Strukturreform in der Psychotherapie Ein Überblick

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
www.kvhh.de

Layout und Satz:

Melanie Vollmert, Abteilung Politik und Öffentlichkeitsarbeit
der KV Hamburg

Titelbild:

Fotolia.com © WavebreakMediaMicro

Stand:

Mai 2017

Die im Bericht verwendeten Begriffe Arzt, Psychotherapeut und Therapeut stehen selbstverständlich auch für die weiblichen Berufsbezeichnungen.

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Inhalt

Strukturreform in der Psychotherapie	4
Ein Überblick	4
Wesentliche Änderungen im Überblick:	4
Neue psychotherapeutische Leistungen	5
1. Psychotherapeutische Sprechstunde zur diagnostischen Abklärung	5
2. Akutbehandlung	9
3. Probatorische Sitzungen	11
4. Kurzzeittherapie	12
5. Langzeittherapie	14
6. Rezidivprophylaxe	16
7. Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung	17
8. Psychotherapie für Kinder und Jugendliche	23
9. Telefonische Erreichbarkeit	25
10. Formulare	26
11. Terminservicestelle	27
12. Strukturzuschlag	32
13. Psychodiagnostische Testverfahren: neue GOP	34

Strukturreform in der Psychotherapie

Ein Überblick

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wurde zum 1. April 2017 einer umfangreichen Strukturreform unterzogen und um neue Leistungen ergänzt. Mit Sprechstunden für Erstgespräche, Akutbehandlung und neuen Sitzungskontingenten sollen Patienten zeitnah einen niedrigschwiligen Zugang erhalten und das Versorgungsangebot insgesamt flexibler werden.

Wesentliche Änderungen im Überblick:

- Mit der Psychotherapeutischen Sprechstunde zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe gibt es neue Behandlungsoptionen.
- Das Antrags- und Gutachterverfahren wurde vereinfacht.
- Für Kurzzeit- und Langzeittherapien gibt es jeweils nur noch zwei Sitzungskontingente.
- Die Zahl der Teilnehmer von Gruppentherapien wurde einheitlich auf drei bis neun festgelegt; Einzel- und Gruppensitzungen können ohne Mitteilung an die Krankenkasse getauscht werden, sofern sich das überwiegend durchgeführte Setting nicht ändert.
- Alle PTV-Formulare wurden überarbeitet sowie neue eingeführt.

Neue psychotherapeutische Leistungen

1. Psychotherapeutische Sprechstunde zur diagnostischen Abklärung

GOP 35151

Bewertung: 406 Punkte / 43,64 Euro (je vollendete 25 Minuten)

Die Psychotherapeutische Sprechstunde dient der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und stellt einen niedrigschwelligen Zugang zur Psychotherapie dar. Der Therapeut klärt in dem Erstgespräch ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Psychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten (z.B. Präventionsangebote, Ehe- und Familienberatungsstelle) geholfen werden kann. Auch eine erste therapeutische Intervention ist möglich.

Angebot verpflichtend: Jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss ab April Sprechstunden anbieten. Dies gilt ebenso für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte.

Umfang: Therapeuten haben pro Woche mindestens 100 Minuten für Sprechstunden zur Verfügung zu stellen, bei hälftigem Versorgungsauftrag mindestens 50.

Dauer: Eine Sprechstunde dauert mindestens 25 Minuten pro Patient und kann höchstens sechsmal je Krankheitsfall bei Erwachsenen (insgesamt bis 150 Minuten) durchgeführt werden,

bei Kindern und Jugendlichen höchstens zehnmal (insgesamt bis zu 250 Minuten). Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle und die drei darauffolgenden Quartale. Die Sprechstunden werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet.

Weiterführende Behandlung: Sie muss nicht durch den Therapeuten erfolgen, der die Sprechstunde durchgeführt hat.

Organisation: Der Psychotherapeut entscheidet selbst, ob er mit den Patienten einen festen Termin vereinbart (Terminsprechstunde) oder ob er wöchentlich feste Zeiten zur Verfügung stellt, in denen Patienten ohne vorherige Anmeldung vorbeikommen können (offene Sprechstunde).

Mitteilung an die KV: Therapeuten melden ihrer KV über das Online-Portal, ob sie eine Terminsprechstunde oder eine offene Sprechstunde anbieten. Um welche Zeiten es sich hierbei handelt, muss der KV nicht mitgeteilt werden. Ferner müssen sie mitteilen, zu welchen Zeiten die Praxis telefonisch erreichbar ist. Näheres hierzu finden Sie auf Seite 25.

Achtung: Dies hat nichts mit der Terminservicestelle zu tun. Diese vermittelt nur Termine, die die Therapeuten ausschließlich zur Vermittlung durch die Servicestelle ihrer KV melden.

Sprechstunde ab April 2018 für Patienten Pflicht

Ab 1. April 2018 ist das Erstgespräch Pflicht; das heißt, erst wenn ein Patient eine Sprechstunde aufgesucht hat, kann mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung begonnen werden. Vorgeschrieben sind mindestens 50 Minuten.

Ausnahmen gibt es für Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung waren. Sie können auch nach dem 31. März 2018 ohne vorherige Sprechstunde mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung beginnen. Dies gilt auch, wenn ein Therapeutenwechsel während einer laufenden Therapie erfolgt.

Neue Formulare für die Sprechstunde

PTV 10: Das Formular ist eine allgemeine Patienteninformation, in der das ambulante psychotherapeutische Versorgungsangebot sowie die verschiedenen Psychotherapieverfahren und Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt werden. Der Psychotherapeut händigt das Infoblatt dem Patienten in der Sprechstunde aus.

PTV 11: Zum Ende der Sprechstunde erhält jeder Patient einen Befundbericht mit Ergebnissen und Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Der Psychotherapeut verwendet dafür das neue PTV 11. Darauf trägt er unter anderem ein, ob eine behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt und weitere Maßnahmen erforderlich sind, beispielsweise eine Akutbehandlung oder das Aufsuchen einer Beratungsstelle.

Strukturzuschlag

Die Regelungen des Strukturzuschlags zur Deckung von Aufwendungen für Personalausgaben gelten auch für die Psychotherapeutische Sprechstunde, das heißt:

- Der Strukturzuschlag wird auf Psychotherapeutische Sprechstunden gezahlt, sobald die Mindestpunktzahl von 162.734 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut im Quartal erreicht ist.

Der Strukturzuschlag (GOP 35254, Bewertung: 69 Punkte, 7,42Euro) wird von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt.

- Psychotherapeutische Sprechstunden werden mitgezählt bei der Berechnung der Mindestpunktzahl von 162.734 Punkten, ab der der Strukturzuschlag gezahlt wird.

Weitere Hinweise zur Abrechnung

- Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und damit ohne Mengengrenzung zum festen Preis.
- Dauert das Erstgespräch im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde 50 Minuten, kann die GOP 35151 zweimal am Behandlungstag abgerechnet werden.
- Die GOP 35151 ist im Krankheitsfall höchstens 6-mal und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Sie kann im Krankheitsfall bis zu 4-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.

2. Akutbehandlung

GOP 35152

Bewertung: 406 Punkte, 43,64 Euro (je vollendete 25 Minuten)

Die Akutbehandlung soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patienten, für die eine Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere ambulante, teil- oder vollstationäre Maßnahmen empfohlen werden können.

Umfang: Die Akutbehandlung kann als Einzeltherapie bis zu 24-mal à 25 Minuten im Krankheitsfall (= vier Quartale) durchgeführt werden (maximal 600 Min., Mindesteinheit: 25 Min., gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen).

Anzeigepflichtig: Die Akutbehandlung ist nicht genehmigungspflichtig, die Kasse muss aber informiert werden. Für die Anzeige verwenden Therapeuten das neue Formular PTV 12.

Weiterbehandlung: Soll nach der Akutbehandlung eine Richtlinientherapie erfolgen, sind mindestens zwei probatorische Sitzungen nötig. Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit den Stunden der Kurz- oder Langzeittherapie zu verrechnen.

Neue Formulare für die Akutbehandlung

PTV 12: Mit diesem Formular zeigt der Therapeut an, dass der Versicherte eine Akutbehandlung erhält. Eingetragen werden unter anderem das Datum des Beginns der Akutbehandlung und die ICD-10-Diagnosen.

Strukturzuschlag

Die Regelungen des Strukturzuschlags zur Deckung von Aufwendungen für Personalausgaben gelten auch für die psychotherapeutische Akutbehandlung, das heißt:

- Der Strukturzuschlag wird auf psychotherapeutische Akutbehandlungen gezahlt, sobald die Mindestpunktzahl von 162.734 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut im Quartal erreicht ist. Der Strukturzuschlag (GOP 35254, Bewertung: 69 Punkte, 7,42 Euro) wird von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt.
- Psychotherapeutische Akutbehandlungen werden mitgezählt bei der Berechnung der Mindestpunktzahl von 162.734 Punkten, ab der der Strukturzuschlag gezahlt wird.

Weitere Hinweise zur Abrechnung

- Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und damit ohne Mengengrenzung zum festen Preis.
- Dauert die Akutbehandlung 50 Minuten, kann die GOP 35152 zweimal am Behandlungstag abgerechnet werden.
- Die Gebührenordnungsposition 35152 ist höchstens 24-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

3. Probatorische Sitzungen

Vor einer Kurz- oder Langzeittherapie finden mindestens zwei probatorische Sitzungen statt – möglich sind bis zu vier bei Erwachsenen und bis zu sechs bei Kindern und Jugendlichen. Dies gilt auch, wenn eine Sprechstunde und/oder Akutbehandlung durchgeführt wurde.

Ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie ist bereits nach der ersten probatorischen Sitzung möglich, wenn für die zweite Sitzung ein Termin vereinbart ist. Die restlichen probatorischen Sitzungen können bis zum Beginn der beantragten Richtlinien-therapie durchgeführt werden.

Vergütung

Die Abrechnung erfolgt weiterhin über die GOP 35150, auch die Bewertung der Leistung bleibt unverändert. Neu ist, dass die GOP bei Erwachsenen (nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie) maximal 4-mal und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr höchstens 6-mal im Krankheitsfall (= vier Quartale) abgerechnet werden kann.

Bewertung (je vollendete 50 Minuten):

GOP 35150: 621 Punkte, 67,75 Euro

Übergangsregelung

Probatorische Sitzungen, die vor dem 1. April 2017 begonnen wurden, können weiterhin nach den Vorgaben der alten Psychotherapie-Richtlinie abgerechnet werden: bis 5-mal für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie, bis zu 8-mal für analytische Psychotherapie.

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

4. Kurzzeittherapie

Kurzzeittherapien umfassen bis zu 24 Therapieeinheiten. Die Beantragung erfolgt in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Therapieeinheiten und ist grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig, es sei denn, dass innerhalb der vergangenen zwei Jahre eine Therapie stattfand oder die Krankenkasse im Einzelfall ein Gutachten fordert.

Antrag auf Kurzzeittherapie: Die Beantragung bei der Krankenkasse erfolgt möglichst schon während der probatorischen Sitzungen. Der Patient füllt dazu den Antrag PTV 1 aus. Der Therapeut reicht diesen Antrag zusammen mit seinen Angaben zu Erkrankung und geplanter Therapie (PTV 2) ein.

Zeitpunkt der Antragstellung: Um das erste Kontingent der Kurzzeittherapie (KZT 1) zu beantragen, muss der Termin für die zweite probatorische Sitzung feststehen und zusammen mit dem ersten, bereits stattgefundenen Termin eingetragen werden. Nach sieben Therapieeinheiten der KZT 1 kann das zweite Kontingent (KZT 2) beantragt werden.

Antragsbewilligung: Die Anträge gelten wie bisher nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist auch ohne Bescheid als bewilligt. Grundsätzlich erhält nur noch der Patient eine formlose Bewilligung seiner Kasse. Die Formulare PTV 6, 7 und 9 wurden abgeschafft. Wird eine Kurzzeittherapie nicht bewilligt, erhalten weiterhin sowohl Patient als auch Therapeut eine Mitteilung.

Umwandlung in Langzeittherapie

Eine Kurzzeittherapie kann in eine Langzeittherapie umgewandelt werden. Dies sollte spätestens mit der achten Therapieeinheit der KZT 2 erfolgen (in der Regel etwa vier bis fünf Wochen vor dem Ende der Kurzzeittherapie), um eine nahtlose Weiterbehandlung zu gewährleisten.

Der Umwandlungsantrag erfolgt ebenfalls mit Antrag des Patienten (PTV 1), dem Formular PTV 2 (Feld „Langzeittherapie als Umwandlung“) und ist gutachterpflichtig. Dem Antrag ist daher ein verschlossener Briefumschlag für den Gutachter (PTV 8) mit folgendem Inhalt beizufügen:

- Bericht an den Gutachter (neues Formular PTV 3 als Leitfaden für die Erstellung des Berichts, Formular PT 3 KZT/a/b/c(K) entfällt)
- Durchschrift des PTV 2
- Durchschrift des Konsiliarberichts (nur bei nichtärztlichen Therapeuten)
- ergänzende Befundberichte, sofern erforderlich

5. Langzeittherapie

Für die Langzeittherapie wurde das erste Sitzungskontingent erweitert, und es gibt nur noch zwei Bewilligungsschritte: Mit dem Fortführungsantrag wird direkt das Höchstkontingent beantragt.

Der erste Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig. Dem Antrag ist – wie bei der Umwandlung einer Kurzzeittherapie – ein verschlossener Umschlag für den Gutachter (PTV 8) beizufügen. Ob Anträge auf Fortführung der Psychotherapie gutachterpflichtig sind, liegt im Ermessen der Krankenkassen.

Bewilligung der Anträge: Die Krankenkasse teilt bei einer Langzeittherapie dem Versicherten und dem Therapeuten ihre Entscheidung formlos mit.

Der Therapeut nutzt dieselben Formulare wie bei der Kurzzeittherapie. Bei Langzeittherapie ist darüber hinaus auf dem Formular PTV 2 anzugeben, ob nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe erfolgen soll. Hier kann der Therapeut wählen zwischen ja, nein, noch nicht absehbar oder angeben, dass ein Fortführungsantrag voraussichtlich erforderlich ist.

Langzeittherapie bei Erwachsenen

Verfahren	Bewilligungsschritte	neu ab 1.4.2017 Therapieeinheiten Einzel-/Gruppen- therapie*	alt bis 31.3.2017 Therapieeinheiten Einzel-/Gruppen- therapie*
Analytische Psychotherapie	1	160/80	160/80
	2	300/150	250/120
	3	-	300/150
Tiefenpsycholo- gisch fundierte Psychotherapie	1	60/60	50/40
	2	100/80	80/60
	3	-	100/80
Verhaltens- therapie	1	60/60	45/45
	2	80/80	60/60
	3	-	80/80

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

6. Rezidivprophylaxe

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

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

Die Rezidivprophylaxe kann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden. Dazu gibt der Therapeut bereits im Antrag für eine Langzeittherapie (PTV 2) an, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder dass dies zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht absehbar ist. Wichtig ist nur, dass er eine Rezidivprophylaxe nicht im Vorfeld ausschließt. Vor dem Beginn der Rezidivprophylaxe muss der Psychotherapeut die Krankenkasse mit dem PTV 12 über das Ende der Psychotherapie informieren. Dabei gibt er an, wie viele Therapieeinheiten genutzt wurden und ob verbleibende Stunden für eine Rezidivprophylaxe verwendet werden sollen.

7. Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung

Die Gruppengröße wurde einheitlich auf drei bis neun Teilnehmer festgelegt. Einzel- und Gruppensitzungen können kombiniert werden.

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

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

Kombination von Einzel- und Gruppentherapie

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

Behandlung durch einen Therapeuten: Bleibt die überwiegende Anwendungsform bestehen, überwiegt also beispielsweise weiterhin die Einzeltherapie, ist weder ein erneuter Antrag noch eine Anzeige notwendig. Ändert sich die überwiegende Anwendungsform, genügt bei der Kurzzeittherapie eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse, bei der Langzeittherapie ist ein erneuter Antrag erforderlich – gegebenenfalls auch ein neues Gutachten.

Behandlung durch zwei Therapeuten: Bleibt es bei der überwiegenden Form, die beide im Antrag angegeben haben, genügt eine gemeinsame formlose Anzeige bei der Kasse. Andernfalls ist ein neuer gemeinsamer Antrag erforderlich.

Vergütung der Gruppentherapie (Übergangsregelung bis zum 1. Juli 2017)

Die Vergütungssystematik wird zum 1. Juli 2017 umgestellt. Die Abrechnung von Gruppenleistungen erfolgt bis dahin übergangsweise mit den alten Gebührenordnungspositionen. Neu ist, dass die GOP für kleine Gruppen nun auch für Erwachsene angesetzt werden dürfen (nicht mehr nur für Kinder und Jugendliche).

Verfahren	GOP / Bewertung (je Teilnehmer)		5 - 9 Teilnehmer (große Gruppe)	
	3 - 4 Teilnehmer (kleine Gruppe)			
Analytische Psychotherapie	Kurzzeittherapie 35205	836 Punkte; 89,86 Euro	35202	418 Punkte; 44,93 Euro (je 100 Min.)
	Langzeittherapie 35208	(je 100 Min.)		
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Kurzzeittherapie 35212	836 Punkte; 89,86 Euro	35211	418 Punkte; 44,93 Euro (je 100 Min.)
	Langzeittherapie	(je 100 Min.)		
Verhaltenstherapie	Kurzzeittherapie 35222	418 Punkte; 44,93 Euro	35224	211 Punkte; 22,68 Euro (je 50 Min.)
	Langzeittherapie 35223	(je 50 Min.)		

Übergangsregelung

Für Gruppentherapien, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, gilt folgende Übergangsregelung:

- Handelt es sich um eine Kurzzeittherapie, dürfen weiterhin bis zu 25 Sitzungen (die neue Richtlinie sieht nur 2 x 12 Sitzungen vor) durchgeführt werden. Um sichtbar zu machen, dass es sich um eine Therapie nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt, muss der Therapeut die 25. Sitzung in der Abrechnung mit einem „L“ beziehungsweise bei der Einbeziehung von Bezugspersonen mit einem „S“ kennzeichnen.
- Gruppentherapien (im Rahmen einer Verhaltenstherapie) können auch mit zwei Teilnehmern durchgeführt werden. Die Leistung wird über die Gebührenordnungspositionen für kleine Gruppen abgerechnet.

Vergütung der Gruppentherapie (ab 1. Juli 2017)

Um Gruppentherapien besser abzubilden, wird zum 1. Juli 2017 die Vergütungssystematik umgestellt: Wurde bisher nur zwischen kleinen und großen Gruppen unterschieden, richtet sich die Höhe der Bewertung ab Juli nach der Anzahl der Teilnehmer. Infolgedessen gibt es für jedes der drei Therapieverfahren jeweils sieben GOP für die Kurzzeittherapie und sieben GOP für die Langzeittherapie.

Die Gruppenleistungen wurden dazu neu bewertet. Im Ergebnis steigt das Honorar für Gruppentherapien um etwa 20 Prozent. Dabei ist der Zuwachs je nach Gruppenstärke unterschiedlich hoch. Lediglich bei der 4er-Gruppe führte die Neukalkulation zu einer leichten Absenkung des Honorars.

Mit der Umstellung entfallen ab Juli die alten GOP für die Gruppentherapie. Für die neuen GOP wird ein Abschnitt 35.2.2 eingeführt.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			
Teilnehmer	Kurzzeit- therapie	Langzeit- therapie	Bewertung (je Teilnehmer/100 min.)
	GOP		
3	35503	35513	836 Punkte; 89,86 Euro
4	35504	35514	704 Punkte; 75,68 Euro
5	35505	35515	626 Punkte; 67,29 Euro
6	35506	35516	573 Punkte; 61,59 Euro
7	35507	35517	535 Punkte; 57,51 Euro
8	35508	35518	507 Punkte; 54,50 Euro
9	35509	35519	485 Punkte; 52,13 Euro

Analytische Psychotherapie

Teilnehmer	Kurzzeit- therapie	Langzeit- therapie	Bewertung (je Teilnehmer/100 min.)
GOP			
3	35523	35533	836 Punkte; 89,86 Euro
4	35524	35534	704 Punkte; 75,68 Euro
5	35525	35535	626 Punkte; 67,29 Euro
6	35526	35536	573 Punkte; 61,59 Euro
7	35527	35537	535 Punkte; 57,51 Euro
8	35528	35538	507 Punkte; 54,50 Euro
9	35529	35539	485 Punkte; 52,13 Euro

Verhaltenstherapie

Teilnehmer	Kurzzeit- therapie	Langzeit- therapie	Bewertung (je Teilnehmer/100 min.)*
GOP			
3	35543	35553	836 Punkte; 89,86 Euro
4	35544	35554	704 Punkte; 75,68 Euro
5	35545	35555	626 Punkte; 67,29 Euro
6	35546	35556	573 Punkte; 61,59 Euro
7	35547	35557	535 Punkte; 57,51 Euro
8	35548	35558	507 Punkte; 54,50 Euro
9	35549	35559	485 Punkte; 52,13 Euro

* Bei der Verhaltenstherapie sind weiterhin auch Sitzungen von mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig (Kennzeichnung mit dem bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichen "H"). In diesem Fall halbiert die Kassenärztliche Vereinigung die Punktzahl.

Ab Juli 2017 nur noch die neuen GOP: Die alten GOP werden zum 1. Juli gestrichen. Für die Abrechnung von Gruppentherapien verwenden Psychotherapeuten dann die neuen Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2.2. Dies gilt auch für Therapien, die vor dem 1. Juli beantragt wurden.

Besonderheit bei Gruppen mit zwei Teilnehmern: Die Abrechnung von Gruppentherapien mit nur zwei Teilnehmern, die vor Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April beantragt wurden, ist weiterhin möglich. Aktuell können diese Gruppentherapien nach den GOP der kleinen Gruppe abgerechnet werden. Ab Juli erfolgt die Abrechnung mit bundeseinheitlichen Pseudo-GOP:

Pseudo-GOP	Bezeichnung
80502	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 2 Teilnehmer
80512	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 2 Teilnehmer
80522	Analytische Psychotherapie (KZT), 2 Teilnehmer
80532	Analytische Psychotherapie (LZT), 2 Teilnehmer
80542	Verhaltenstherapie (KZT), 2 Teilnehmer
80552	Verhaltenstherapie (LZT), 2 Teilnehmer

8. Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Einbeziehung relevanter Bezugspersonen: Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es zur Erreichung des Therapieziels notwendig sein, relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Dies ist bei der Angabe des Behandlungsumfangs im PTV 2 entsprechend zu berücksichtigen. Die für diese Einbeziehung vorgesehene Anzahl der Therapieeinheiten soll ein Verhältnis von 1:4 zur Anzahl der Therapieeinheiten des Patienten möglichst nicht überschreiten. Ist eine höhere Anzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten, ist dies im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zu begründen. Wird hierfür eine höhere Anzahl bewilligt, so reduziert sich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung des Patienten entsprechend.

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

Altersgrenzen: Im Sinne der Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind; Jugendliche, die 14, aber noch nicht 21 Jahre alt sind.

Außerdem: Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss nicht mit dem 21. Geburtstag enden. Sie kann fortgeführt werden, wenn es dem Therapieerfolg dient. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenen-therapie – dann gelten die Regelungen für Erwachsene.

Psychotherapeutische Sprechstunde: Bei Kindern und Jugendlichen können im Krankheitsfall (= vier Quartale) bis zu

250 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt werden, 100 Minuten davon auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen.

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

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

Langzeittherapie bei Kindern (K) und Jugendlichen (J)			
Verfahren	Bewilligungsschritte	neu ab 1.4.2017 Therapieeinheiten Einzel-/Gruppen- therapie*	alt bis 31.3.2017 Therapieeinheiten Einzel-/Gruppen- therapie*
Analytische Psychotherapie	1	K: 70/60 J: 90/60	K: 70/40 J: 90/40
	2	K: 150/90 J: 180/90	K: 120/60 J: 140/60
	3	-	K: 150/90 J: 180/90
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	1	K: 70/60 J: 90/60	K: 70/40 J: 90/40
	2	K: 150/90 J: 180/90	K: 120/60 J: 140/60
	3	-	K: 150/90 J: 180/90
Verhaltenstherapie	1	60/60	45/45
	2	80/80	60/60
	3	-	80/80

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

9. Telefonische Erreichbarkeit

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

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

Therapeuten müssen ihrer Kassenärztlichen Vereinigung über das Online-Portal mitteilen, zu welchen Zeiten sie die insgesamt 200 Minuten telefonische Erreichbarkeit in der Woche anbieten. Die Zeiten sollten auch auf dem Anrufbeantworter der Praxis angegeben werden. Es ist vorgesehen, dass die KV die Versicherten über diese Daten auf der Homepage informiert.

Kooperation und Delegation sind möglich

Wie Psychotherapeuten die telefonische Erreichbarkeit organisieren, ist ihnen freigestellt: So kann ein Praxismitarbeiter den Dienst übernehmen oder das Telefon umgeleitet werden. Entscheidend ist, dass der Anruf persönlich entgegengenommen wird. Es gibt auch die Möglichkeit, dass sich mehrere Psychotherapeuten zusammenschließen, um die telefonische Erreichbarkeit zu gewährleisten. In diesem Fall können die telefonischen Erreichbarkeitszeiten auch identisch sein.

10. Formulare

Mit der Strukturreform werden auch alle PTV-Formulare angepasst. Neue Formulare gibt es für die Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung. Gleich bleiben die Überweisung an einen Vertragsarzt zur Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 7) und der Konsiliarbericht (Muster 22). Auf der Homepage der KV Hamburg ist unter dem Punkt „Die neue Psychotherapierichtlinie“ eine Ausfüllhilfe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu finden.

Veränderung in der Antragstellung im Formblatt PTV 2 für Gruppentherapie: Die neue Struktur des EBM ab dem 1. Juli 2017 sieht für jede Teilnehmerzahl in der Gruppentherapie separate GOP vor (bisher: kleine und große Gruppen). Da sich die Therapeuten nicht schon bei Antragstellung auf eine Gruppengröße festlegen müssen, sollen ab dem 1. Juli 2017 bei der Beantragung im Formblatt PTV 2 nur die ersten vier Stellen der GOP eingetragen werden, die fünfte Stelle wird mit einem „X“ ersetzt.

Für die Beantragung im Formblatt PTV 2 ist daher künftig entweder die 3550X, 3551X, 3552X, 3553X, 3554X oder 3555X anzugeben, wenn Therapieeinheiten für Gruppentherapie im Rahmen einer Gruppen- oder Kombinationsbehandlung beantragt werden (z. B. 3554X bei einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie). Die Krankenkasse bewilligt dann die GOP aller Gruppengrößen der beantragten Gruppen- oder Kombinationsbehandlung (z. B. GOP 35543-35549 bei einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie).

Der Therapeut rechnet aus diesem bewilligten GOP-Bereich jeweils die GOP der tatsächlichen Gruppengröße ab (z. B. GOP 35543 bei drei Teilnehmern in einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie).

11. Terminservicestelle

Ab dem 1. April 2017 werden über die Terminservicestelle (TSS) der KV Hamburg auch Termine für Erstgespräche innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung vermittelt. Aufgabe der TSS ist es, in Hamburg wohnhafte, gesetzlich Krankenversicherte innerhalb von vier Wochen einen Termin beim Psychotherapeuten zu vermitteln, wenn dies per Eigeninitiative im Vorfeld nicht gelungen ist. Die TSS ist für Patienten von Montag bis Freitag von 9:00 Uhr bis 13:00 Uhr und Donnerstag von 15:00 bis 17:00 Uhr unter 040 / 55 55 02 00 erreichbar.

Was bedeutet das für die Hamburger Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzte?

- Voraussetzung für die Vermittlung eines Erstgesprächs zur psychotherapeutischen Sprechstunde über die TSS ist, dass der Patient gesetzlich krankenversichert ist, in Hamburg wohnt und im Vorfeld per Eigeninitiative keinen Termin bei einem Psychotherapeuten bzw. psychotherapeutisch tätigen Arzt erhalten hat. Ein solches von der Terminservicestelle vermitteltes Erstgespräch dient der Diagnostik und der Abklärung des Therapiebedarfs. Ein Dringlichkeitscode ist hierfür nicht erforderlich.
- Für die Vermittlung eines Termins für eine Akutbehandlung ist die vorherige Empfehlung für die Akutbehandlung durch einen Psychotherapeuten bzw. psychotherapeutisch tätigen Arzt erforderlich. Dies erfolgt mit einem Dringlichkeitscode, den der Patient innerhalb eines Erstgesprächs in der psychotherapeutischen Sprechstunde mit seiner individuellen Patienteninformation (PTV 11) erhalten hat.

- Basis der terminlichen Organisation ist ein von der KV Telematik GmbH entwickelter digitaler Kalender, in den Termine eingestellt werden, die über die TSS an die Patienten vermittelt werden können. Der Terminkalender wird über das Online-Portal der KV Hamburg erreicht.
- Die TSS ist angehalten, innerhalb von einer Woche einen Termin zu vermitteln, der ab dem Anruf des Patienten innerhalb eines Zeitfensters von vier Wochen liegen soll. Der Patient hat einmalig die Möglichkeit, einen genannten Termin zu tauschen, wenn er sich noch am selben Tag erneut bei der TSS meldet.
- Der Patient hat keinen Anspruch auf einen Termin bei seinem Wunschtherapeuten, auf eine von ihm bevorzugte Uhrzeit oder auf eine von ihm bevorzugte Region. Das Gesetz sieht vor, dass die zu vermittelnde Praxis in zumutbarer Entfernung zu liegen hat.
- Nimmt der Patient den ihm zugewiesenen Termin nicht wahr, so hat er keinen Anspruch auf einen Ersatztermin.
- Kann ein entsprechender Termin nicht fristgerecht vermittelt werden, muss die TSS dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anbieten. Die Kosten für die Behandlung würden dann der vertragspsychotherapeutischen Versorgung verlorengehen.

Was müssen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte bei der Terminmeldung beachten?

- Termine können nur dann vergeben werden, wenn sie von den Hamburger Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzten in ausreichender Zahl zur Verfügung gestellt werden (Nähere Informationen zu der Anzahl der jeweils zu meldenden Termine sind auf der Homepage der KV Hamburg zu finden). Ein Termin ist mindestens 25 Minuten lang.
- Wurde einem Therapeuten über die TSS ein Termin für eine Akutbehandlung vermittelt, muss er in den darauffolgenden drei Monaten keine Akutbehandlungstermine mehr übernehmen. Damit soll sichergestellt werden, dass der Therapeut ausreichend Spielraum hat, um den Patienten zu betreuen. Die „Karenzzeit“ wird ausgelöst, wenn der Therapeut der KV Hamburg mitteilt, dass er den Patienten zur Akutbehandlung übernommen hat.
- Termine werden über den persönlichen Terminkalender im Online-Portal der KV Hamburg gemeldet. Basis dieses terminlichen Organistaion ist ein von der KV Telematik GmbH entwickelter digitaler Kalender, in den Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte ihre Termine selbständig eintragen können. Dieser digitale Kalender unterscheidet zwischen Terminen für Erstgespräche innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunde und Terminen für Akutbehandlungen. Außerdem wird abgefragt, ob die Termine für

Kinder/Jugendliche oder für Erwachsene vorgesehen sind. Die Termine sind entsprechend zu qualifizieren. Alternativ können die Termine der KV Hamburg auch per Fax (Fax-Vorlage unter www.kvhh.de) oder per E-Mail (infocenter@kvhh.de) übermittelt werden.

- Termine müssen mindestens vier Wochen im Voraus gemeldet werden. Grundsätzlich können Termine für das gesamte Jahr gemeldet werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, jeweils nur die Termine für den/die kommende/n Monat/e oder einen regelmäßig wiederkehrenden Termin anzugeben (Beispiel für einen Termin innerhalb der Akutbehandlung: immer der erste Donnerstag im Monat, 10:00 Uhr).
- Sollte ein gemeldeter und bereits vermittelter Termin (etwa aus Krankheitsgründen) storniert werden müssen, muss sich der Psychotherapeut bzw. psychotherapeutisch tätige Arzt direkt mit dem betreffenden Patienten in Verbindung setzen. Die Kontaktdaten des Patienten sind im Online-Portal der KV Hamburg hinterlegt.

- Alle Ärzte und Psychotherapeuten haben die Möglichkeit, sich automatisch und zeitnah per E-Mail oder per Fax informieren zu lassen, wenn einer der eingestellten Termine von der Terminservicestelle für einen Patienten gebucht wurde oder wenn ein bereits gebuchter Termin wieder abgesagt wurde. Eine kurze Anleitung, wie die Einstellungen in dem TSS-Portal vorzunehmen sind, ist auf der Homepage der KVH zu finden.
- Nimmt ein Patient einen von der TSS vermittelten Termin nicht wahr, sollte dies in jedem Fall der KV Hamburg angezeigt werden (Fax-Vorlage unter www.kvhh.de). Nur so kann die KV Hamburg eine realistische Beurteilung der Sinnhaftigkeit der TSS vornehmen.
- Sollte die Praxis über einen Zeitraum von mehr als einer Woche nicht besetzt sein (z. B. wegen Urlaubs), sind für diese Woche/n keine Termine in den Terminkalender einzustellen. Es ist aber daran zu denken, in diesem Fall die Abwesenheit dem Arztregister der KVH zu melden.

12. Strukturzuschlag

Seit 1. April 2017

Die Regelungen des Strukturzuschlags werden auf die neuen Leistungen – die psychotherapeutische Sprechstunde und die psychotherapeutische Akutbehandlung – ausgeweitet. Konkret heißt das:

- Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erhalten auf Psychotherapeutische Sprechstunden (GOP 35151) und psychotherapeutische Akutbehandlungen (GOP 35152) einen Strukturzuschlag, sobald sie die Mindestpunktzahl von 162.734 Punkten im Quartal erreicht haben. Der Strukturzuschlag (GOP 35254) wird von der Kassenärztlichen Vereinigung umgesetzt.
- Psychotherapeutische Sprechstunden und psychotherapeutische Akutbehandlungen werden mitgezählt bei der Berechnung der Mindestpunktzahl von 162.734 Punkten, ab der der Strukturzuschlag gezahlt wird.

Strukturzuschlag Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung GOP 35254: 69 Punkte, 7,42 Euro

Erläuterung zum Strukturzuschlag

Den Zuschlag erhalten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden und Akutbehandlungen abgerechnet haben. Damit soll gut ausgelasteten Praxen ermöglicht werden, eine Halbtagskraft zur Praxisorganisation zu beschäftigen.

Der Strukturzuschlag ist berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Mindestpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 und 35200 bis 35225 das Volu-

men von 162.734 Punkten überschreitet. Das heißt: Hat ein Psychotherapeut diese Mindestpunktzahl erreicht, erhält er für jede weitere Therapiestunde, Sprechstunde und/oder Akutbehandlung einen Strukturzuschlag bis zu einer Maximalpunktzahl von 379.712 bei vollem Tätigkeitsumfang (die Hälfte bei hälftigem Tätigkeitsumfang). Für Leistungen vor Erreichen der Mindestpunktzahl wird kein Zuschlag gezahlt.

Ab 1. Juli 2017

Die Zuschläge zu Einzel- und Gruppentherapien sowie zur Psychotherapeutischen Sprechstunde und zur Akutbehandlung erhalten neue GOP. Die bisherigen Zuschläge zu den Gruppentherapien werden aufgrund der neuen Struktur zu einer GOP zusammengefasst. Die GOP werden weiterhin von den Kassenärztlichen Vereinigungen zugesetzt.

Strukturzuschlag	GOP	Bewertung
Einzeltherapie		
alt	35251	143 Punkte 15,37 Euro
ab 1. Juli 2017	35571	143 Punkte 15,37 Euro
Gruppentherapie		
alt	35252 / 35253	58 / 114 Punkte 6,23 / 12,25 Euro
ab 1. Juli 2017	35572	60 Punkte 6,45 Euro
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung		
1. April – 30. Juni 2017	35254	69 Punkte 7,42 Euro
ab 1. Juli 2017	35573	69 Punkte 7,42 Euro

13. Psychodiagnostische Testverfahren: neue GOP

Mit der Neustrukturierung des psychotherapeutischen Kapitels im EBM erhalten auch die psychodiagnostischen Testverfahren neue Gebührenordnungspositionen. Sie sind ab Juli weiterhin im Abschnitt 35.3 aufgeführt. Die Höhe der Vergütung bleibt unverändert.

Testverfahren	GOP		Bewertung (je vollendete 5 Min.)
	alt	ab 1. Juli	
standardisiert	35300	35600	28 Punkte 3,01 Euro
psychometrisch	35301	35601	28 Punkte 3,01 Euro
projektiv	35302	35602	46 Punkte 4,94 Euro

