

KVB 80684 München

An alle
Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten,
die die Genehmigung zur Abrechnung psycho-
therapeutischer Leistungen haben

Ihr Ansprechpartner: Servicetelefon Abrechnung
Telefon: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail: Abrechnungsberatung@kvb.de
Unser Zeichen: bvn schlost

06.03.2017

Strukturreform Psychotherapie - Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

wie Ihnen vermutlich bereits bekannt ist, trat nach langen Verhandlungen und Abstimmungen der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24. November 2016 zur Strukturreform Psychotherapie am 16. Februar 2017 in Kraft und findet ab 1. April 2017 Anwendung. Seit 24. Februar 2017 ist die zugehörige Psychotherapie-Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und KBV unterzeichnet.

Die Hintergründe für diese neue Psychotherapie-Richtlinie waren vielfältig. Seit langem forderten die Krankenkassen, die immer wieder auch eigene Versorgungsangebote in Erwägung gezogen hatten, von der Politik eine solche Reform, die schließlich im Versorgungsstärkungsgesetz verankert wurde. Grund für diese Reform waren nach Ansicht der Krankenkassen die teilweise langen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung und schwere Erreichbarkeit der Psychotherapeuten.

Ziel dieser Regelungen war die Flexibilisierung des Therapieangebotes mit der Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, eine frühzeitige Abklärung, die Akutversorgung sowie die Förderung von Gruppentherapien, eine Rezidivprophylaxe und eine Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Um eine bessere und zeitnahe psychotherapeutische Versorgung der Patienten überhaupt erreichen zu können, ist es neben der dringend notwendigen Reform der aktuell im Bereich Psychotherapie immer noch nicht am realen Bedarf orientierten Bedarfsplanung wichtig, dass Sie als Behandler Ihrer mit dieser Richtlinie verbundenen Verpflichtung nachkommen und die geforderten Leistungen anbieten.

Leider ist die Honorierung der Leistungen noch immer nicht geklärt. Bis jetzt haben sich die Krankenkassen und die KBV im Bewertungsausschuss nicht einigen können. Sollte sich weiterhin keine Einigung erzielen lassen, wird der erweiterte Bewertungsausschuss am 29. März 2017 entscheiden müssen.

Was ist neu?

Telefonische Erreichbarkeit

Die telefonische Erreichbarkeit, verpflichtend für alle Psychotherapeuten, beträgt bei vollem Versorgungsauftrag 200 Minuten/Woche, bei hälftigem Versorgungsauftrag 100 Minuten/Woche (Mindesteinheit jeweils: 25 Minuten). Sie ist zum 01. April 2017 an die Kassenzärztliche Vereinigung Bayerns zu melden. Es handelt sich dabei um eine an Praxispersonal delegierbare Leistung.

Ergänzende Informationen sowie ein Formular zur vereinfachten Rückmeldung Ihrer telefonischen Erreichbarkeit im Bedarfsfall finden Sie als Anlage zu diesem Schreiben.

Terminservicestelle Psychotherapie

Die Terminservicestellen der KVB vermitteln künftig Termine für die neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunden und Akutbehandlungen. Mitarbeiter der Terminservicestelle rufen hierfür die Psychotherapeuten zu den von Ihnen an die KVB gemeldeten telefonischen Erreichbarkeitszeiten an.

Die psychotherapeutische Sprechstunde

Bei den psychotherapeutischen Sprechstunden handelt es sich um ein neues Angebot, das Patienten einen zeitnahen niedrighwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen soll. Sie sind nicht zu verwechseln mit den Sprechstunden, die im Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt sind, wonach Vertragsärzte und -psychotherapeuten mindestens 20 Stunden pro Woche in Form von Sprechstunden für die Versorgung ihrer Patienten zur Verfügung stellen müssen.

Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag sollen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie 100 Minuten Sprechstunden pro Woche anbieten – bei hälftigem Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten (Mindesteinheit: jeweils 25 Minuten). Es bleibt den

Psychotherapeuten überlassen, wie sie ihre Sprechstunde organisieren: offen oder mit Terminvergabe. Pro Patient sind je Krankheitsfall maximal 150 Minuten Sprechstunde möglich. Am Ende einer psychotherapeutischen Sprechstunde sind den Patienten ein allgemeines Informationsblatt sowie eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde auszuhändigen.

Während Psychotherapeuten die Sprechstunde bereits ab 1. April 2017 anbieten müssen, gilt bei den Patienten eine Übergangsfrist bis 31. März 2018. Für sie ist diese Sprechstunde erst ab 1. April 2018 vor einer Akutbehandlung oder Probatorik verpflichtend.

Bei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung entlassen werden, können probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung ohne Sprechstunde beginnen.

Die Akutbehandlung

Die Akutbehandlung soll Patienten eine schnelle Behandlungsoption bieten und zur Besserung psychischer Krisen beitragen. Patienten, für die eine Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen dadurch zumindest soweit stabilisiert werden, dass sie auf eine spätere Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen empfohlen werden können.

Die neue Leistung der Akutbehandlung ist anzeigepflichtig gegenüber der Krankenkasse und darf im Krankheitsfall maximal 600 Minuten umfassen (Mindesteinheit: 25 Minuten). Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer gegebenenfalls anschließenden genehmigungspflichtigen Therapie zu verrechnen.

Neue Formulare

Mit der Strukturreform wurden alle PTV-Formulare angepasst. Neue Formulare gibt es für die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung. PTV 6, 7 und 9 entfallen künftig. Die Überweisung an einen Vertragsarzt zur Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 7) und der Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 22) bleiben unverändert. Die Erläuterungen zur vereinfachten Berichterstellung sind ebenfalls unter unten genanntem Link abzurufen.

Formulare, die Therapeuten in der Praxis vorhalten müssen, können über die gewohnten Bezugswege (z.B. Kohlhammer-Verlag) bezogen werden und sind ab April 2017 auch in der Praxissoftware hinterlegt.

Den Link zu Ausfüllhilfen finden Sie unter www.kvb.de/praxis/praxisfuehrung/strukturreform-psychotherapie, der auf die Homepage der KBV verweist.

Was hat sich geändert?

Probatorische Sitzungen

Vor einer Kurz- oder Langzeittherapie, unabhängig vom jeweiligen Therapieverfahren, müssen mindestens zwei und können maximal vier (bei Kindern maximal sechs) probatorische Sitzungen stattfinden. 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.

Kurzzeittherapie

Kurzzeittherapien können künftig bis zu 24 Stunden umfassen (bislang 25 Stunden). Die Beantragung für jeweils ein Kontingent KZT 1 und KZT 2 von jeweils 12 Stunden erfolgt in zwei Schritten.

Die Anträge gelten nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist auch ohne Bescheid der Krankenkasse als bewilligt und sind nicht mehr gutachterpflichtig, sofern seit zwei Jahren keine Therapie erfolgt ist.

Langzeittherapie

Für die Langzeittherapie mit Ausnahme der analytischen Psychotherapie wurde das erste Sitzungskontingent erweitert. Mit dem Fortführungsantrag kann künftig direkt das Höchstkontingent beantragt werden.

Der erste Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig. Ob Anträge auf Fortführung der Psychotherapie gutachterpflichtig sind, liegt im Ermessen der Krankenkassen.

Rezidivprophylaxe

Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe erfolgen. Bei Bedarf werden dazu die innerhalb eines bewilligten Kontingents verbliebenen Stunden genutzt; bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal acht Stunden, bei 60 und mehr Stunden maximal 16 Stunden.

Die Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden. Die Karenzzeit von zwei Jahren beginnt bereits mit der Anzeige der Beendigung der Therapie; Sitzungen der Rezidivprophylaxe sind nicht zu berücksichtigen. Allerdings muss das offizielle Ende der Therapie gegenüber der Krankenkasse zuverlässig angezeigt werden, sonst kann die Karenzzeit nicht beginnen.

Gruppentherapien

Gruppentherapien mit drei bis neun Teilnehmern können künftig immer dann eingesetzt werden, wenn sie förderlich für das prognostizierte Behandlungsergebnis sind. Sie gelten als gleichwertige und bei der Indikationsstellung zu berücksichtigende Anwendungsform. Der Therapeut kann gemäß den Bedürfnissen des Patienten Einzelsitzungen und Gruppentherapiesitzungen gegeneinander austauschen. Eine Einzelsitzung mit 50 Minuten entspricht dabei einer Gruppensitzung mit 100 Minuten.

Zudem ist nur noch eine Anzeige gegenüber der Krankenkasse und kein Antrag auf Genehmigung der Therapie mehr notwendig, wenn der Psychotherapeut das Behandlungssetting für bereits bewilligte Stunden in der Kurzzeittherapie ändern möchte. Eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist möglich, auch durch verschiedene Therapeuten. Dabei füllen beide Therapeuten jeweils das Formular PTV 2 aus und reichen diese gemeinsam mit dem Formular PTV 1 bei der Krankenkasse ein.

Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Sämtliche Regelungen gelten auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Künftig können „relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld“ in die Behandlung einbezogen werden. Damit sind erstmals auch andere Personen als Eltern und Partner denkbar.

Im Sinne der Richtlinie sind Kinder unter 14 Jahre alt und Jugendliche mindestens 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt. Eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene Behandlung kann auch erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden, wenn damit der Therapieerfolg abgesichert wird. Grundsätzlich haben Patienten ab 18 Jahren jedoch einen Anspruch auf eine Erwachsenentherapie – dann gelten die Regelungen für Erwachsene.

Bei Kindern und Jugendlichen können im Krankheitsfall bis zu 250 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde stattfinden, 100 Minuten können dabei auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.

Übergangsregelung für laufende Psychotherapien ab 1. April 2017

Für Psychotherapien, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, gelten die alte Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung weiter. Die neuen Vorgaben gelten, sobald der Therapeut eine Kurzzeittherapie umwandeln oder eine Langzeittherapie verlängern möchte.

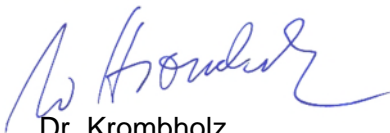
Weitere Informationen erhalten Sie auf unseren Informationsveranstaltungen, zu denen wir Sie bereits gesondert eingeladen haben und auf unserer Internetseite www.kvb.de in der Rubrik Praxis/Praxisführung/Strukturreform-Psychotherapie, die wir laufend für Sie aktualisieren und ergänzen. Auch finden Sie auf der KBV-Homepage unter www.kbv.de/html/psychotherapie ausführliches Informationsmaterial.

Hinweis

Unter dem Begriff „Psychotherapeuten“ sind in diesem Schreiben psychotherapeutisch tätige Ärzte/-innen, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeuten/-innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen gemeint.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Servicetelefonie Abrechnung unter der Rufnummer: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10.

Freundliche Grüße



Dr. Krombholz

Vorsitzender des Vorstandes



Dr. Schmelz

1. stv. Vorsitzender des Vorstandes



Dr. Ritter-Rupp

2. stv. Vorsitzende des Vorstandes

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> München Stadt und Land | <input type="checkbox"/> Oberbayern |
| <input type="checkbox"/> Oberfranken | <input type="checkbox"/> Mittelfranken |
| <input type="checkbox"/> Unterfranken | <input type="checkbox"/> Oberpfalz |
| <input type="checkbox"/> Niederbayern | <input type="checkbox"/> Schwaben |

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 64 907
E-Mail: Arztregister@kvb.de

Stempel Praxis / MVZ

Telefonische Erreichbarkeit von Psychotherapeuten

Psychotherapeuten müssen sicherstellen, dass ihre Praxis für eine Terminkoordination telefonisch erreichbar ist; bei vollem Versorgungsauftrag im Umfang von 200 Minuten/Woche (Mindesteinheit: 25 Minuten); bei hälftigem Versorgungsauftrag 100 Minuten/Woche (Mindesteinheit: 25 Minuten). Es handelt sich dabei um eine ans Praxispersonal der Betriebsstätte insgesamt delegierbare Leistung.

Betriebsstätte

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

BSNR

Die telefonische Erreichbarkeit gilt für folgende Psychotherapeuten der Betriebsstätte:

Name, Vorname

LANR

Name, Vorname

LANR

Name, Vorname

LANR

Telefonische Erreichbarkeit*

	von	bis	von	bis
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				



Ort, Datum

Unterschrift(en) Vertragsarzt/-psychotherapeut bzw. MVZ-Vertretungsberechtigter* der Betriebsstätte/Praxis

*Bei angestellten Ärzten ist der Praxisinhaber bzw. der MVZ-Vertretungsberechtigte zur Meldung und Unterschrift verpflichtet.

Informationen zur telefonischen Erreichbarkeit bei Therapeuten

Alle Therapeuten (m/w), die eine **Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie** haben, müssen ab 01.04.2017 sicherstellen, dass ihre Praxis für eine Terminkoordination telefonisch erreichbar ist; bei vollem Versorgungsauftrag im Umfang von 200 Minuten/Woche (Mindesteinheit: 25 Minuten) - bei hälftigem Versorgungsauftrag 100 Minuten/Woche (Mindesteinheit: 25 Minuten).

Die telefonische Erreichbarkeit kann an das Praxispersonal delegiert werden.

Wozu dient die telefonische Erreichbarkeit?

Die Mitarbeiter der Terminservicestelle werden zur Vermittlung von psychotherapeutischen Sprechstunden und ggf. Akutbehandlungen in der Regel telefonisch auf die Therapeuten zukommen und um einen Termin bitten. Die individuelle Terminvergabe bleibt in der Hand des Therapeuten. Bei Zurverfügungstellung eines Termins hat der Therapeut die Möglichkeit sich vom vermittelten Patienten den Termin telefonisch bestätigen zu lassen.

Wem ist die telefonische Erreichbarkeit mitzuteilen?

Die Zeitfenster der telefonischen Erreichbarkeit sind der KVB mitzuteilen. Sofern noch keine ausreichenden Praxissprechzeiten bei der KVB hinterlegt sind, können diese Zeiten mit dem beigefügten Formular mitgeteilt werden. Bitte nutzen Sie für die Mitteilung ans Arztregister - **möglichst bis zum 30.03.2017** - bevorzugt unsere Fax-Nummer bzw. E-Mail-Adresse:

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 64 907

E-Mail: Arztregister@kvb.de

Weitere Hinweise (u.a. zur Bürokratie-Vermeidung)

- Sofern von der Praxis bereits ausreichend Praxissprechzeiten an die KVB gemeldet wurden (unter Beachtung der Mindesteinheiten) und dadurch die Terminvermittlung durch das Praxispersonal sichergestellt ist, muss **keine** zusätzliche Meldung der telefonischen Erreichbarkeitszeiten abgegeben werden.
- Die telefonische Erreichbarkeit kann **vereinfacht für mehrere Therapeuten** auf einem Formular pro Praxis bzw. Betriebsstätte angegeben werden (bitte alle Therapeuten mit LANR, Vor- und Nachname angeben). Therapeuten, die für unterschiedliche Praxissitze zugelassen oder angestellt sind, müssen sicherstellen, dass für jede dieser Tätigkeiten die telefonische Erreichbarkeit im geforderten Umfang gewährleistet ist.
- Die Terminkoordination kann an Praxismitarbeiter delegiert oder das Telefon kann umgeleitet werden. Entscheidend ist, dass ein Anruf zu den angegebenen telefonischen Erreichbarkeitszeiten persönlich entgegen genommen wird.
- Bei Therapeuten, die weniger als mit hälftigem Versorgungsauftrag angestellt sind, gilt auch der Umfang von 100 Minuten/Woche (Mindesteinheit: 25 Minuten).