

# **Die neue Psychotherapierichtlinie und die neuen sozialrechtlichen Befugnisse**

**Dipl.-Psych. Dieter Best**

**Mainz, 8.3.2017**

## **Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch das am 16.7.2015 beschlossene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)**

1. Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten der PP und KJP (§ 28 Abs. 3 SGB V)
2. MVZs können auch rein psychotherapeutisch sein (§ 95 Abs. 1 SGB V)
3. Erleichterung beim Jobsharing (§ 101 Abs. 6 SGB V)
4. Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse (§ 73 Abs. 2 SGB V)
5. Reform der Psychotherapierichtlinie (§ 92 Abs. 6a SGB V)

## **Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse der PP und KJP**

1. Verordnung von Krankenhausbehandlung
2. Verordnung von medizinischer („psychotherapeutischer“) Rehabilitation
3. Verordnung von Soziotherapie
4. Verordnung von Krankentransporten, d.h. Krankenfahrten, Krankentransporten, Rettungsfahrten.

Zu regeln in Richtlinien des G-BA, Beschluss voraussichtlich Mitte 2017.

# Psychotherapierichtlinie

Warum diese Reform?

## Zunehmende Kritik an den Mängeln der psychotherapeutischen Versorgung

- **Krankenkassen, Politik, Patientenvertreter:** Psychotherapeuten seien schwer erreichbar, lange Wartezeiten, oft wenig nachvollziehbare Entscheidung über Terminvergabe.

„Der GKV-SV und die KBV verabreden, im Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 30.6.2013 die Psychotherapierichtlinien und das Gutachterverfahren weiterzuentwickeln.“ (Vereinbarung KBV-GKV-Spitzenverband vom 9.10.2012 in Zusammenhang mit der extrabudgetären Vergütung und der Bedarfsplanung)

- **Psychotherapeuten:** Zu enges Behandlungsspektrum, das den gestiegenen Erwartungen nicht gerecht wird (keine niedrigschwellige frühzeitige erste Abklärung, keine Akutbehandlung, Versorgung chronisch Kranker nur mit hohem bürokratischen Aufwand und geringer Vergütung möglich, kaum Gruppentherapien). Kritik am Gutachterverfahren.

Erstes Konzept einer gestuften Versorgung Anfang 2012 im BFA der KBV diskutiert.

## Wahrscheinliche Folgen einer unterlassenen Reform

- Kritik wächst, die Krankenkassen suchen Auswege, z.B. in neuartigen, kaum zu kontrollierenden Versorgungsansätze (z.B. Behandlung von Angststörungen durch Arzthelferinnen, Online-Behandlungen durch Krankenkassen, Depressions-Apps usw.).
- Die psychotherapeutische Versorgung zerfasert sich in Selektivverträge.

## **Die Politik hat reagiert –**

**einerseits mit einer Verbesserung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung durch eine weitere Reform der Bedarfsplanung, erleichtertes Jobsharing, erweiterte Befugnisse, Reform der Psychotherapierichtlinie.**

Auftrag an den G-BA zur Reform der Psychotherapierichtlinie (GKV-VSG):

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

## **andererseits mit einem Ausbau ambulanter Versorgungsangebote durch Krankenhäuser in Konkurrenz zu den niedergelassenen Psychotherapeuten:**

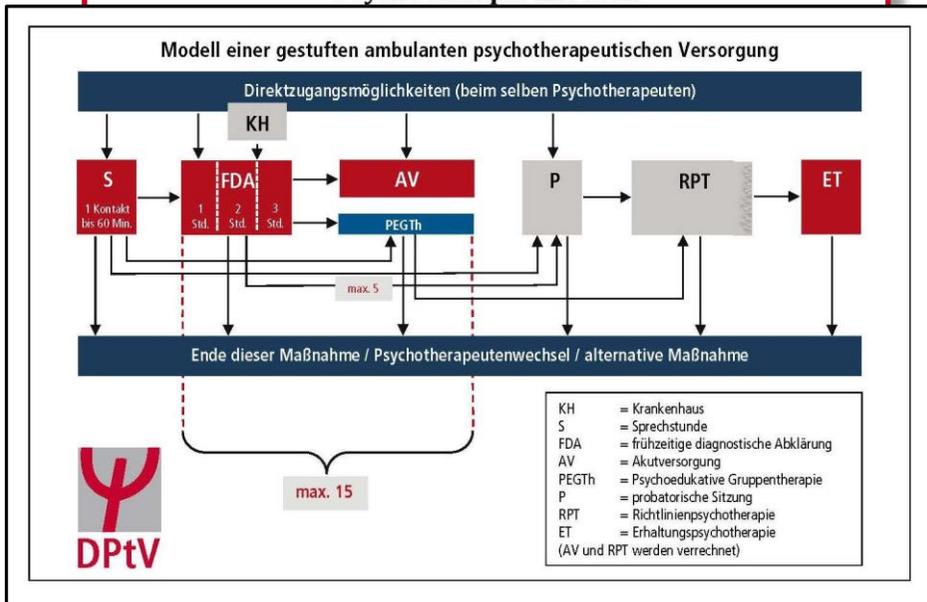
- Gesetzliche Ermächtigung von PIAs (organisatorisch eigenständige Einheiten) und Hochschulambulanzen
- Psychosomatische Institutsambulanzen
- Ermächtigung psychiatrischer Krankenhäuser zu psychosomatischen Leistungen
- Stationsersetzende psychiatrische Behandlung („Home-Treatment“ im PsychVVG)

## **Fazit:**

Wir können die Zukunft der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nur sichern und mitgestalten, wenn wir selbst überzeugende Konzepte entwickeln!

# Ausgangspositionen der Vertragspartner / -gegner

Detaillierte Vorschläge des BFA Psychotherapie der KBV zur Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie mit dem



Positionspapier

Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie –  
 Vorschläge der Gesetzlichen Krankenkassen

Dr. Thomas Uhlemann, Dr. Julian Dilling

## Zukünftige Strukturierung – ambulante Psychotherapie

- (A) anzeigepflichtig
- (B) antrags- / genehmigungspflichtig
- (C) Gutachten

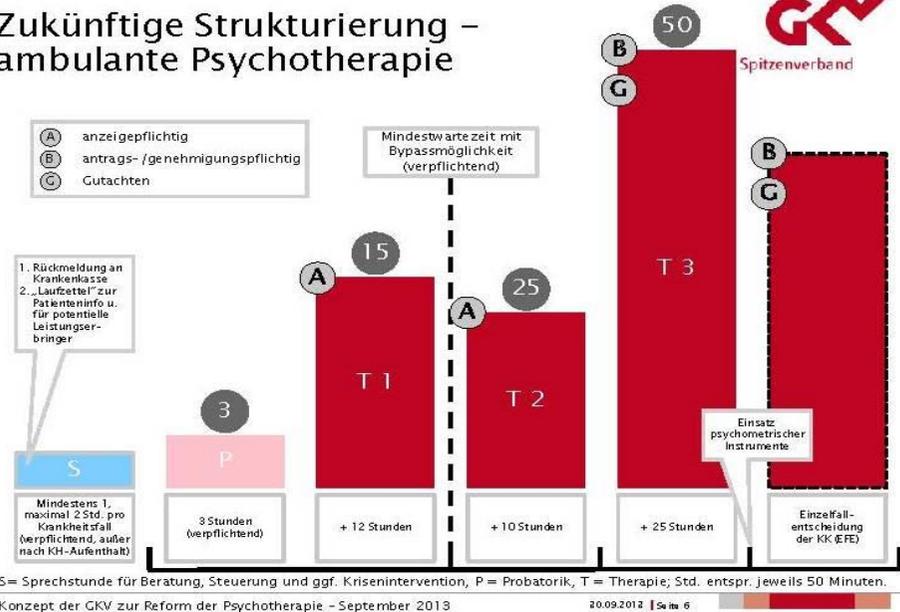
1. Rückmeldung an Krankenkasse
2. „Laufzettel“ zur Patienteninfo u. für potentielle Leistungserbringer

Mindestens 1, maximal 2 Std. pro Krankheitsfall (verpflichtend, außer nach KH-Aufenthalt)

S = Sprechstunde für Beratung, Steuerung und ggf. Krisenintervention, P = Probatorik, T = Therapie; Std. entspr. jeweils 50 Minuten.

Konzept der GKV zur Reform der Psychotherapie – September 2013

20.09.2013 | Seite 6

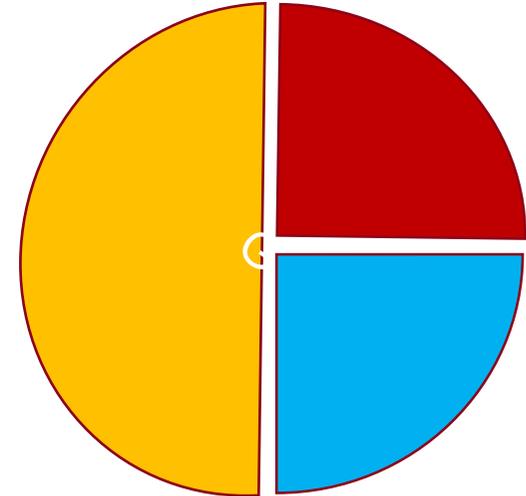


## Verhandlungssituation im G-BA: Wer entscheidet im Plenum?

- GKV-Spitzenverband 5 Mitglieder
- Leistungserbringer (KBV, KZBV, DKG) 5 Mitglieder
- Unparteiischer Vorsitzender und 2 weitere unparteiische Mitglieder
- Patientenvertreter (nicht stimmberechtigt)

## Wie setzt sich der UA Psychotherapie zusammen?

- GKV 6 Mitglieder
- KBV 6 Mitglieder, davon 3 ärztliche Psychotherapeuten / Psychiater und 3 PP / KJP. Alle drei Psychotherapieverfahren sind repräsentiert.
- Ein unparteiischer Vorsitzender



## **Zwei Dinge, über die nicht verhandelt werden durfte:**

- 1.** Veränderung der Höchstkongente, denn diese stehen erst dann auf dem Prüfstand, wenn der UA Methodenbewertung die Prüfung der Richtlinienverfahren beendet hat.
- 2.** Geld

## **Erste Reaktion der Verbände:**

„Licht und Schatten“, endgültige Bewertung erst möglich, wenn die Vergütungen der Sprechstunde und der Akutbehandlung bekannt sind.

# Richtlinie



## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

### (Psychotherapie-Richtlinie)

in der Fassung vom 19. Februar 2009  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009  
in Kraft getreten am 18. April 2009

zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Juni 2016 in der Fassung vom 24. November  
2016  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT XX.XX.XXXX BX)  
in Kraft getreten am XX.XX.XXXX

#### Hinweis

In der vorliegenden Fassung der Psychotherapie-Richtlinie sind zur besseren Nachvollziehbarkeit der inhaltlichen Änderungen gemäß Beschluss des G-BA vom 16. Juni 2016 sowie vom 24. November 2016 diese in **Fettdruck kursiv** hervorgehoben; redaktionelle Änderungen (z.B. Verweise, Genderung) sind nicht kenntlich gemacht.

Psychotherapie-Richtlinie Stand: 24. November 2016

# Die Richtlinie

## Beschluss

### des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie: Strukturreform der Psychotherapie

Vom 16. Juni 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss, die Richtlinie (Richtlinie) in der Fassung vom 18. April 2009 geändert am 15. Oktober 2009

I. Die Richtlinie wird wie folgt

1. In Satz 1 der Präambel der Klammerzusatz „für die Durchführung der Psychotherapie“ wird durch den Klammerzusatz „zu Lasten der Kostenträger“

2. Satz 2 der Präambel

3. § 1 wird wie folgt

a) In Absatz 1

Wörter „für die Durchführung der Psychotherapie“

Therapie“

b) In Absatz 2

angefügt

„Als

Psychotherapie“

nach § 1

Akutbehandlung“

nach Absatz 1

c) In Absatz 2

„Gegenüber“

zu Lasten der Kostenträger“

d) Nach Absatz 2

„(2) Theoretische“

entsprechend“

Psychotherapie“

Vorbehaltlich der Prüfung durch die Bundesländer

# de Gründe



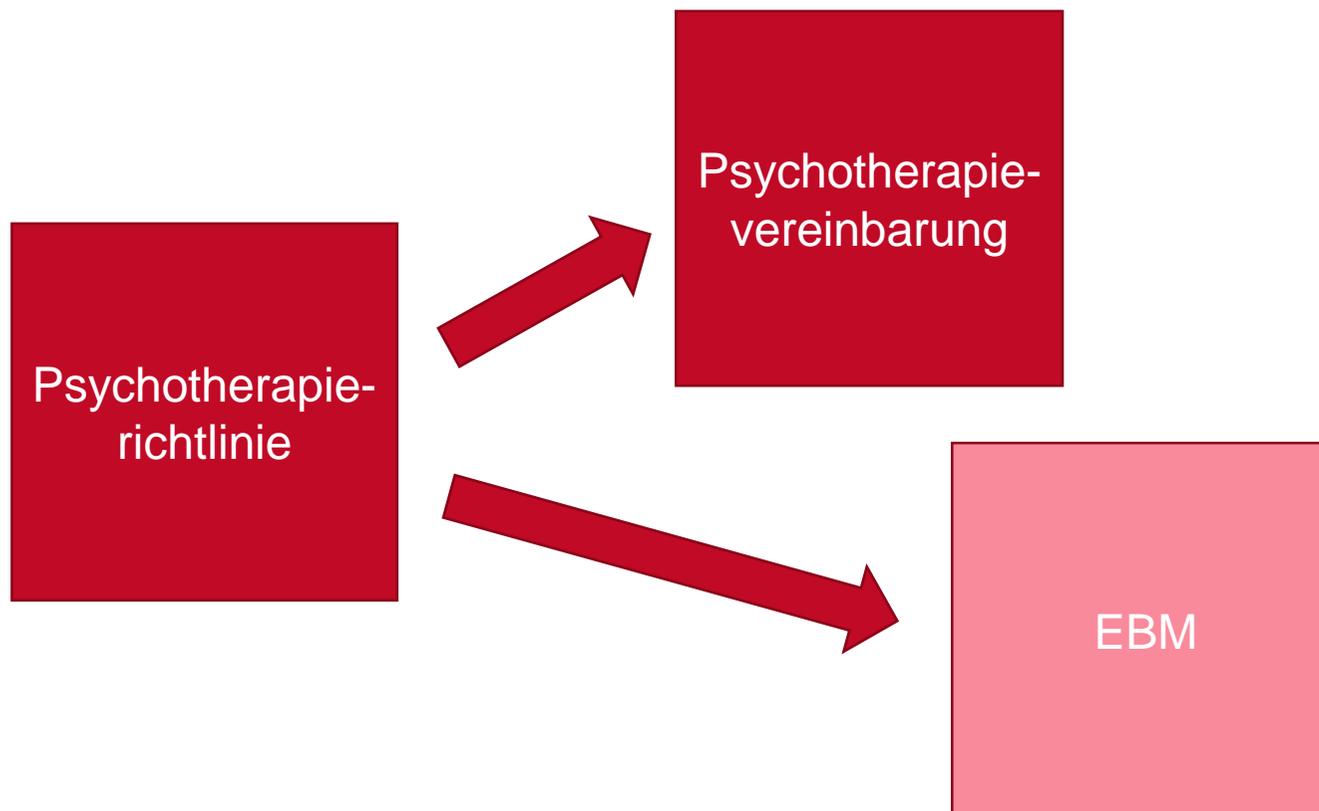
## Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der Psychotherapie

#### Inhalt

Entscheidung	2
Entscheidungsgründe	3
Maßnahmen	3
Maßnahmen in der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommenen	3
Stellungnahmen	23
Stellungnahmen zur Vermittlung	23
Stellungnahmen zur Vermittlung	29
Stellungnahmen zur Vermittlung	30
Stellungnahmen zur Vermittlung	31
Stellungnahmen zur Vermittlung	31
Stellungnahmen zur Vermittlung	31
Stellungnahmen zur Vermittlung	32
Stellungnahmen zur Vermittlung	72
Stellungnahmen zur Vermittlung	109
Stellungnahmen zur Vermittlung	172
Stellungnahmen zur Vermittlung	251
Stellungnahmen zur Vermittlung	324

## Und nun zu den Einzelheiten

Was wurde konkret im GBA beschlossen, wie wird die Richtlinie in der Psychotherapievereinbarung und im EBM umgesetzt?

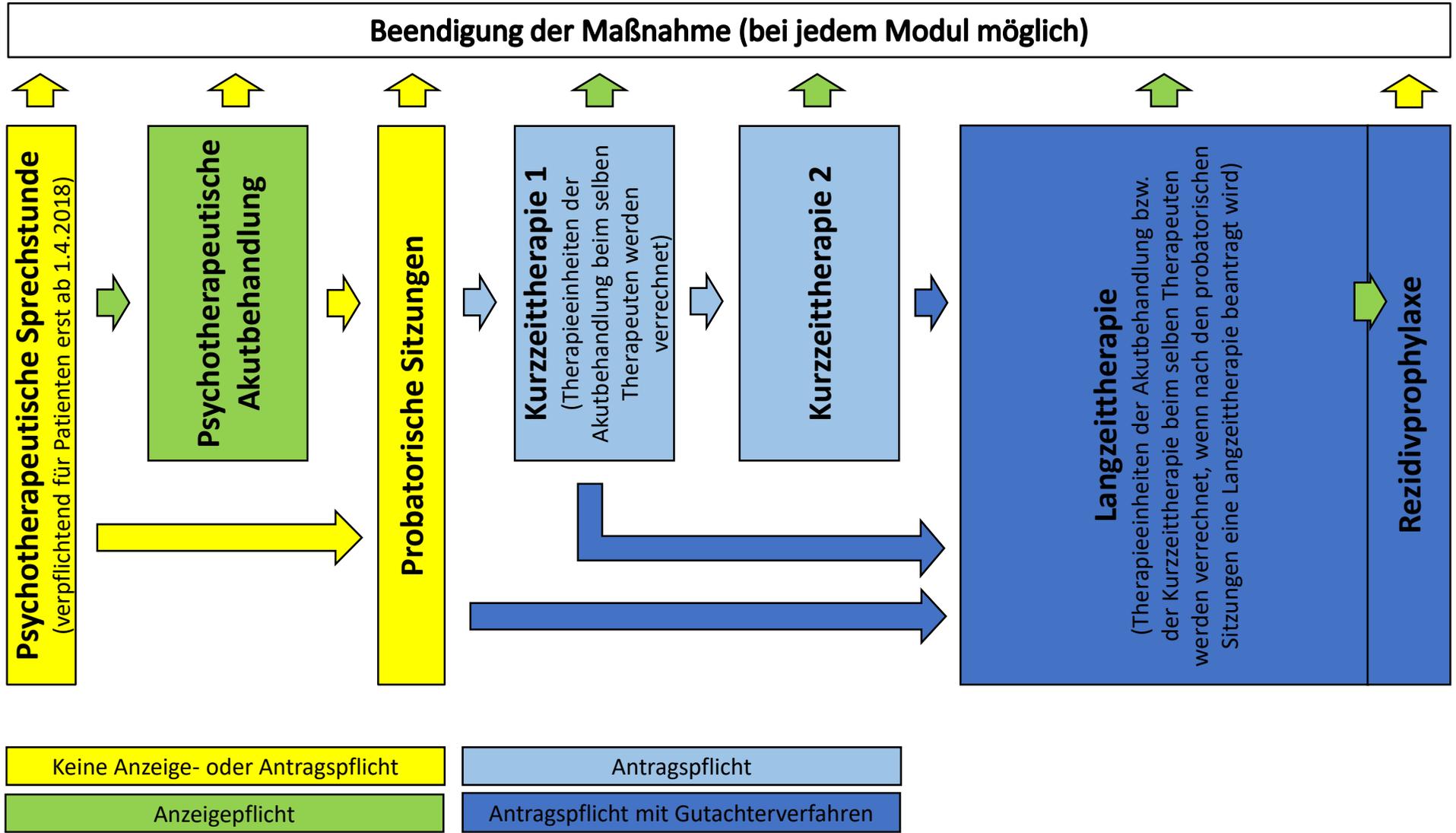


# Psychotherapierichtlinie

## Die Änderungen im Detail

## Persönliche telefonische Erreichbarkeit zur Terminvergabe

- „Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten ist zu gewährleisten“. Für alle Psychotherapeuten im Umfang von 200 Min. (VVA) bzw. 100 Min. (HVA) pro Woche, teilbar in 25-Min.-Einheiten. „Die Erreichbarkeitszeiten können durch elektronische Hilfsmittel wie z.B. einen Anrufbeantworter mitgeteilt, aber nicht abgedeckt werden.“ (TrG)
- Umsetzung ist durch persönliche Erreichbarkeit (in oder außerhalb der Praxis), durch eigenes oder mit anderen Praxen geteiltes Personal möglich.
- KV führt ein Verzeichnis mit den Erreichbarkeitszeiten und den Kontaktdaten und stellt es den Krankenkassen zur Verfügung.



## Psychotherapeutische Sprechstunde

- Zeitnaher, niedrigschwelliger Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung, Abklärung, Beratung über Behandlungsmöglichkeiten, ggf. orientierende Diagnostik und differenzialdiagnostische Abklärung.
- Jeder Patient hat Anspruch auf bis zu 6 (KJ: 10) Sprechstundeneinheiten von je 25 Minuten im Krankheitsfall.
- „Vor einer Behandlung gemäß §§ 12, 13 und 15 haben Patientinnen und Patienten eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen; dies gilt nicht in den in Abs. 7 bestimmten Fällen.“
- Übergangsweise entfällt die Verpflichtung für die Patienten bis zum 31. März 2018.

- Therapeuten, die Sprechstunden erbringen, haben pro Woche „in der Regel“ mindestens 100 Min. (VVA) bzw. 50 Min. (HVA) für die Sprechstunde zur Verfügung zu stellen.
- Patient erhält ein allgemeines Informationsblatt zur Psychotherapie in der GKV.
- Patient erhält eine individuelle Patienteninformation über das Ergebnis der psychotherapeutischen Sprechstunde.

## Mitteilungspflichten an die KV

- **PT-R § 1 Abs. 8**

Eine telefonische persönliche Erreichbarkeit zur Terminkoordination ist von allen Therapeutinnen und Therapeuten unter Beachtung von berufs- und vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu definierten und zu veröffentlichenden Zeiten zu gewährleisten; ... Die Therapeutin oder der Therapeut teilt die Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen oder Patienten mit.

### **PT-R § 11 Abs. 2**

Die Therapeutin oder der Therapeut teilen ihr Sprechstundenangebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen oder Patienten mit.



## Akutbehandlung

- „Zeitnahe“ psychotherapeutische Intervention zur Entlastung von akuter Symptomatik, keine „umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren“, ggf. Überbrückung bis zu einer Richtlinienpsychotherapie
- Bis zu 12 Einzeltherapiesitzungen zu je 50 Min., teilbar in 25-Min.-Einheiten, nicht als Gruppentherapie.
- Anzeigeverfahren mittels eines neuen Formblattes (PTV12)
- Voraussetzung: mind. 50 Minuten Sprechstunde innerhalb der letzten 4 Quartale

- Keine vorherigen probatorischen Sitzungen erforderlich
- Richtlinienpsychotherapie kann nach „Beendigung der Akutbehandlung im Rahmen der probatorischen Sitzungen“ beantragt werden.
- Kein Gutachterverfahren
- Konsiliarbericht vor der Akutbehandlung nicht erforderlich:  
§ 31 Abs. PT-R: „Zur Einholung des Konsiliarberichts überweist die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut spätestens nach Beendigung der Probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinienpsychotherapie gemäß § 15 die Patientin oder den Patienten an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt.“

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Name und Anschrift der Krankenkasse

## Anzeige der Akutbehandlung / PTV 12 Beendigung einer Psychotherapie

*Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).*

### Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Anzeige einer Akutbehandlung

Name, Vorname

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße

PLZ Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherten-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Anzeige einer Akutbehandlung

Beginn am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnose(n)

ICD-10 - GM endstellig

ICD-10 - GM endstellig

ICD-10 - GM endstellig

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ausstellungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

### Erklärung des Patienten bei Anzeige einer Akutbehandlung

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

ja, und zwar am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

und ggf. am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

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

ja

nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Therapeut die obigen Angaben zu meiner Person sowie Angaben zur Diagnose und zum Beginn der Behandlung meiner Krankenkasse mitteilt.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Patienten,  
ggf. der gesetzlichen Vertreter

### Anzeige des Behandlungsendes einer Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie

Behandlungsende am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

mit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Therapieeinheiten

eine Rezidivprophylaxe wird durchgeführt

Ausstellungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Ausfertigung für den Therapeuten

## Probatorische Sitzungen

- Erstmals enthält die Psychotherapierichtlinie eine inhaltliche Beschreibung der probatorischen Sitzungen.
- Bei allen Verfahren mindestens 2, höchstens 4 probatorische Sitzungen, bei KJ bis zu 6 Sitzungen
- Verpflichtend nur vor einer „Richtlinientherapie“, nicht vor der Akutbehandlung
- Probatorische Sitzungen können bis zur Genehmigung einer Richtlinienpsychotherapie durchgeführt werden.
- Konsiliarbericht ist – wie bisher - nur dann erforderlich, wenn sich eine Behandlung anschließt.

## Kurzzeittherapie

- Unterteilung in 12 Sitzungen KZT1 und 12 Sitzungen KZT2 als Einzel- oder Gruppentherapie (bei KJ: + ¼ für Bezugspersonen)
- Antragsverfahren für KZT1 und KZT2 mit „Genehmigungsfiktion“ gemäß § 13 Abs. 3a SGB V, jedoch erfolgt eine Mitteilung der Krankenkasse (nur) an den Versicherten. Bei Ablehnung auch dem Psychotherapeuten.
- Kein Gutachterverfahren
- PTV: Antrag einer KZT2 erst ab der 7. Sitzung KZT1, Umwandlung in eine Langzeittherapie jederzeit, möglichst bis zur 20. Sitzung
- Akutbehandlung wird auf nachfolgende Richtlinientherapie angerechnet.

## Langzeittherapie

- Langzeittherapie kann jederzeit beantragt werden.
- Gutachterverfahren obligatorisch
- Krankenkasse *kann* bei der Fortführung, *muss aber nicht* das Gutachterverfahren einleiten. Wenn sie sich für das Gutachterverfahren entschließt, erfolgt „unverzüglich“ eine Mitteilung an den Psychotherapeuten.

## Langzeittherapie-Einheiten (Erwachsene)

- VT: 60 + 20 (Gruppe: 60 + 20)
- TP: 60 + 40 (Gruppe: 60 + 20)
- AP: 160 + 140 (Gruppe: 80 + 70)

## Langzeittherapie-Einheiten (Jugendliche)

- VT: 60 + 20 (Gruppe: 60 + 20)
- TP: 90 + 90 (Gruppe: 60 + 30)
- AP: 90 + 90 (Gruppe 60 + 30)
- Bezugspersonensitzungen zusätzlich bis zu  $\frac{1}{4}$  des jeweiligen Kontingentes

## Langzeittherapie-Einheiten (Kinder)

- VT: 60 + 20 (Gruppe: 60 + 20)
- TP: 70 + 80 (Gruppe: 60 + 30)
- AP: 70 + 80 (Gruppe 60 + 30)
- Bezugspersonensitzungen zusätzlich bis zu  $\frac{1}{4}$  des jeweiligen Kontingentes

# Einzeltherapie

## Langzeittherapie-Kontingente (in Therapieeinheiten)

AP		TP		VT	
„alt“	„neu“	„alt“	„neu“	„alt“	„neu“

### Erwachsene

160	<b>160</b>	50	<b>60</b>	45	<b>60</b>
240		80		60	
300	<b>300</b>	100	<b>100</b>	80	<b>80</b>

### Jugendliche

90	<b>90</b>	90	<b>90</b>	45	<b>60</b>
140		140		60	
180	<b>180</b>	180	<b>180</b>	80	<b>80</b>

### Kinder

70	<b>70</b>	70	<b>70</b>	45	<b>60</b>
120		120		60	
150	<b>150</b>	150	<b>150</b>	80	<b>80</b>

# Gruppentherapie

## Langzeittherapie-Kontingente (in Therapieeinheiten)

AP		TP		VT	
„alt“	„neu“	„alt“	„neu“	„alt“	„neu“

### Erwachsene

80	80	40	60	45	60
120		60		60	
150	150	80	80	80	80

### Jugendliche

40	60	40	60	45	60
60		60		60	
90	90	90	90	80	80

### Kinder

40	60	40	60	45	60
60		60		60	
90	90	90	90	80	80

## Rezidivprophylaxe

- Kann als Bestandteil des Gesamtkontingents bei jedem Bewilligungsschritt einer Langzeittherapie beantragt werden.
- 8 Sitzungen (KJ 10 Sitzungen) bei voraussichtlicher Behandlungsdauer von 40 bis 59 Sitzungen, 16 Stunden (KJ 20 Sitzungen) bei voraussichtlicher Dauer von 60 oder mehr Sitzungen
- PTV: Rezidivprophylaxe setzt die Mitteilung der Beendigung der „Richtlinientherapie“ voraus. Damit beginnt die „2-Jahresfrist“ zu laufen und die Rezidivprophylaxe kann zur Überbrückung bis zu einem neuen, gutachtenfreien Kurzzeittherapieantrag verwendet werden.

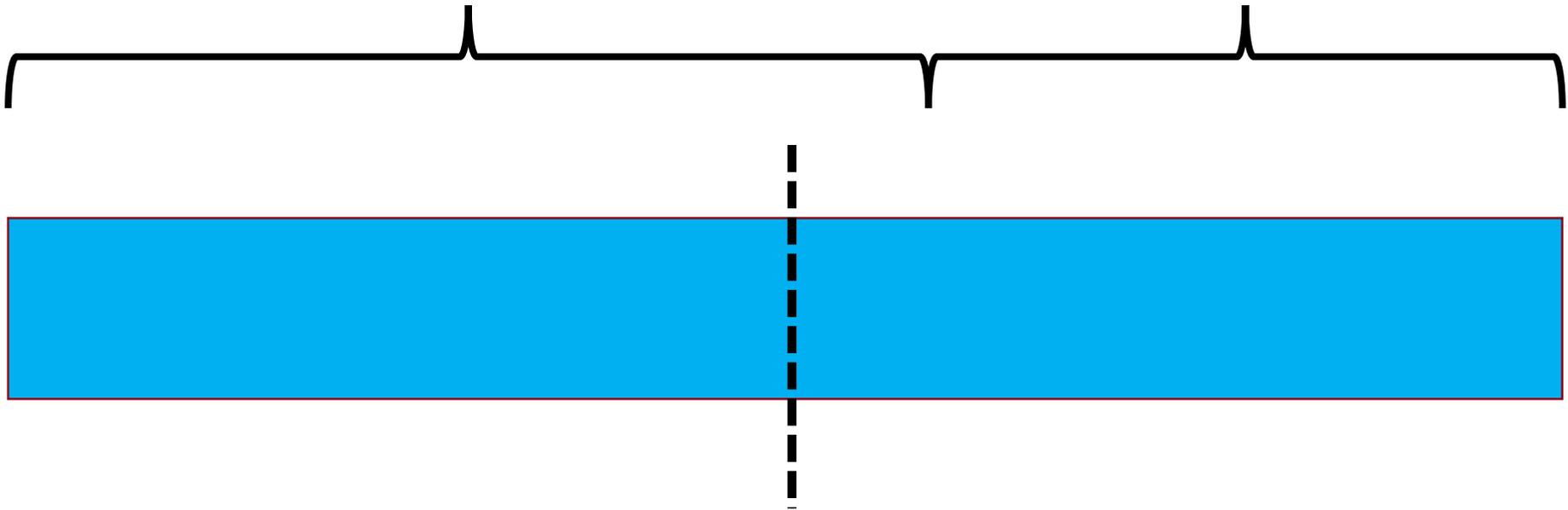
# Gruppentherapie

- Entweder als ausschließliche Gruppentherapie oder als Kombinationsbehandlung
- Bei ausschließlicher Gruppentherapie sind bei allen 3 Verfahren ohne Anzeige zusätzlich 1/10 der Therapieeinheiten als Einzelsitzungen abrechenbar.
- Bei der Kombinationsbehandlung ist eine jederzeitige Verschiebung der Anteile von Einzel- und Gruppentherapie möglich, jedoch nur innerhalb des Settings einer überwiegenden Einzel- oder Gruppentherapie. Andernfalls ist eine Anzeige gegenüber der Krankenkasse notwendig, bei der Langzeittherapie auch ein Änderungsantrag und eine gutachterliche Stellungnahme (Psychotherapierichtlinie § 21 Abs.3.)



**Einzeltherapie**

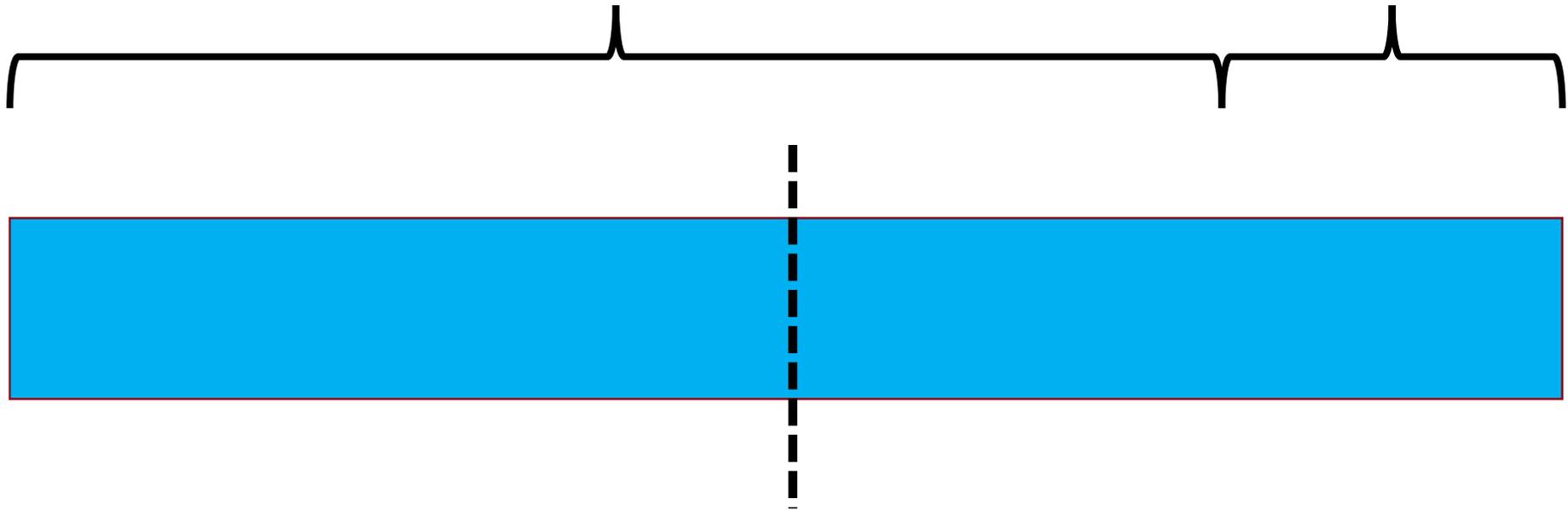
**Gruppentherapie**



**Ohne Anzeige**

**Einzeltherapie**

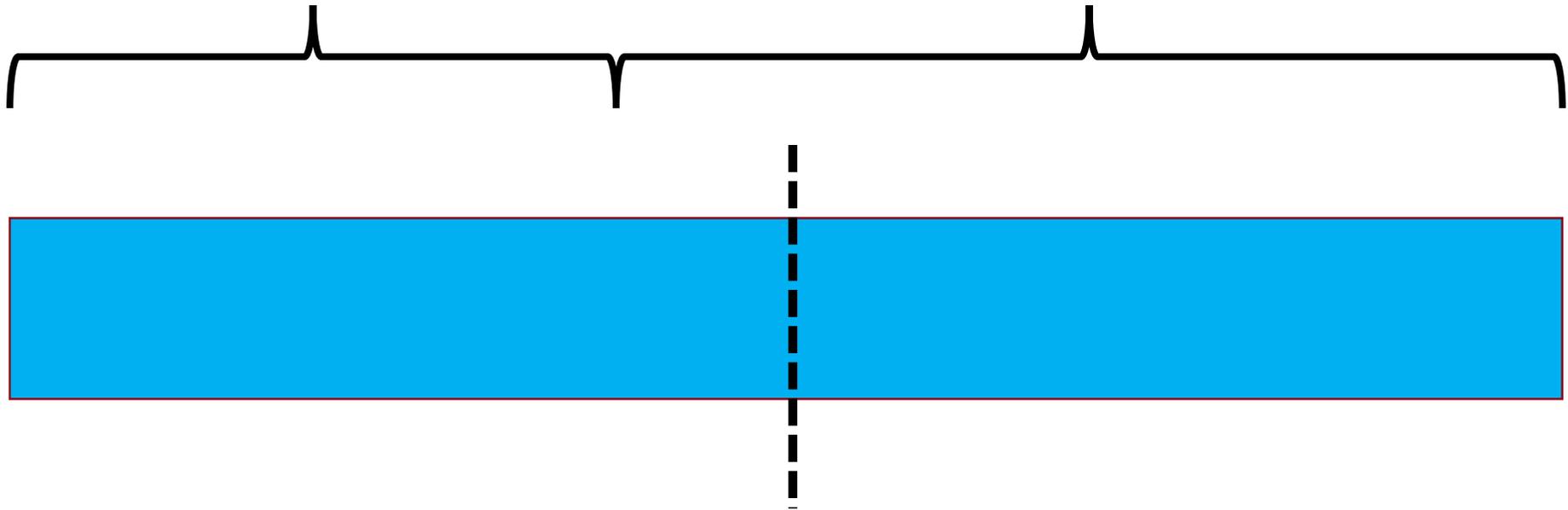
**Gruppentherapie**



**Mit Anzeige**

**Einzeltherapie**

**Gruppentherapie**



- Kombinationsbehandlung bei verschiedenen Psychotherapeuten wird gemeinsam beantragt und getrennt abgerechnet.
- Kombinationsbehandlung bei einem der beiden Psychotherapeuten ist nicht möglich, d.h. ausschließlich Einzeltherapie beim einen, ausschließlich Gruppentherapie beim anderen Psychotherapeuten.
- Kein Gutachterverfahren bei der Gruppen-Kurzzeittherapie, die bisherigen Befreiungstatbestände entfallen
- Wie bei der Einzeltherapie Wegfall eines Fortführungsschrittes
- Teilnehmerzahl bei allen Verfahren mindestens 3

# Grundsätzliches zum Antrags- und Genehmigungsverfahren und zur Abrechnung

- Neue Antragsformulare PTV1 und PTV2.
- Inhaltliche Begründung auf PTV2 entfällt.
- Beantragt werden auf dem PTV2 nur „Therapieeinheiten“, wobei eine Therapieeinheit einer Einzelsitzung von 50 Minuten oder einer Gruppen-Doppelsitzung von 100 Minuten entspricht.
- Zusätzliche Angabe der voraussichtlich angesetzten EBM-Nrn. ohne deren Anzahl.
- Angabe ob ausschließlich Einzeltherapie, ausschließlich Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung

- Bei Kombinationsbehandlung Angabe, ob überwiegend Einzel- oder Gruppentherapie
- Beendigung der Richtlinienpsychotherapie wird gegenüber der Krankenkasse auf Formblatt PTV12 mitgeteilt.
- Unterbrechung einer Richtlinienpsychotherapie von mehr als 6 Monaten wird gegenüber der Krankenkasse formlos - ohne besondere Begründung – angezeigt.
- Psychotherapie außerhalb der Praxisräume bedarf keiner besonderen Begründung mehr.
- Bei der Langzeittherapie können bis zu 5 Testverfahren im Laufe der Behandlung – mit besonderer Begründung in der Abrechnung - berechnet werden.

- 200-minütige Gruppentherapiesitzung „im Block“ möglich.
- Angabe der Frequenz auf Formblatt PTV 2 nicht mehr erforderlich.
- Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung ist weiterhin nur bei den genehmigungspflichtigen Leistungen ausgesetzt, nicht bei der Sprechstunde, den probatorischen Sitzungen und der Akutbehandlung.

## Gutachterverfahren

- Bei der Kurzzeittherapie generell kein Gutachterverfahren, die bisherigen Befreiungstatbestände entfallen.
- Eigene Gutachter für TP
- Bei einer Fortführung *kann* die Krankenkasse das Gutachterverfahren in Anspruch nehmen, kann aber auch darauf verzichten. Nimmt sie das Gutachterverfahren in Anspruch, informiert sie den Psychotherapeuten „unverzüglich“. Dieser hat „zeitnah“ einen Bericht zu erstellen.
- Bericht an den Gutachter wird entsprechend eines neuen Berichtsschemas auf „in der Regel“ zwei Seiten“ verkürzt. Ergänzungsbericht entfällt bei der Fortführung.
- Neues Verfahren zur Bestellung von Gutachtern soll im ersten Quartal 2017 entwickelt werden.



## Übergangsbestimmungen bei der Antragstellung

- Wurde eine Kurzzeittherapie vor dem 1.4.2017 begonnen und soll sie nach dem 1.4.2017 in eine Langzeittherapie umgewandelt werden, gelten die neuen Antragsbedingungen, d.h. z.B. bei der VT und der TP, dass ein Antrag gleich für weitere 35 Therapieeinheiten gestellt werden kann.
- Wurde eine Langzeittherapie vor dem 1.4.2017 begonnen und soll sie nach dem 1.4.2017 fortgeführt werden, kann gleich ein Kontingent bis zur Höchstgrenze beantragt werden, d.h. z.B. bei der VT 35 Therapieeinheiten und bei der TP 50 Therapieeinheiten. Die Krankenkasse *kann* den Antrag gutachterlich prüfen lassen.

Anleitungen zur praktischen Umsetzung der neuen Psychotherapierichtlinie und –vereinbarung finden Sie auf der Internetseite der KBV:

**[www.kbv.de](http://www.kbv.de)**



## **Exkurs: Terminservicestellen (TSS) nach § 75 Abs. 1a SGB V**

*„Sobald der G-BA die entsprechenden Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 3 beschlossen hat und diese in Kraft getreten sind, finden die Regelungen nach § 75 Absatz 1a über die Terminservicestellen für die Vermittlung von Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden Anwendung.“*

## Das bedeutet

- Anlage 28 BMV-Ä zu den TSS muss angepasst werden.
- Sofern Dringlichkeit besteht, muss die KV einen Ersttermin bei einem Psychotherapeuten in zumutbarer Entfernung (max. 30 Min. für die Wegstrecke) innerhalb von 1 Woche besorgen.
- Die Wartezeit bis zum ersten Gespräch darf höchstens 4 Wochen betragen und die „sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine“ müssen gewährleistet sein.
- Kann kein Termin vermittelt werden, muss innerhalb einer Woche ein ambulanter Termin bei einem Arzt mit Facharztstatus in einem Krankenhaus angeboten werden, Wartezeit höchstens 4 Wochen. Die Krankenhausbehandlung wird durch die KV finanziert.

## **Empfehlung des BFA für Psychotherapie der KBV vom 21.11.2016 zur Anpassung der Anlage 28**

- Der „zeitnahe Behandlungsbedarf“ kann nur von Psychotherapeuten, nicht von den TSS beurteilt werden.
- Sofern eine zeitnahe Behandlung notwendig ist und ein Psychotherapeut diese nicht selbst anbieten kann, kann er sich um einen zeitnahen Termin (4 Wochen) bei einem anderen Psychotherapeuten bemühen. Gelingt ihm das nicht, kann er den Patienten an die TSS verweisen.
- Die TSS sucht dann nach einem Angebot einer Akutbehandlung, die innerhalb von 4 Wochen beginnen soll.

# **Psychotherapierichtlinie**

**Eine (vorläufige) Bewertung**

- Die Sprechstunde stärkt die Wahrnehmung der diagnostischen Kompetenz der Psychotherapeuten unter den anderen Arztgruppen.
- Die Sprechstunde und die erweiterten sozialrechtlichen Befugnisse der PP und KJP erweitern die Befugnis und die Verantwortung über den Gesamtbehandlungsplan einschließlich koordinierender Funktionen.
- Die Psychotherapie wird noch stärker im Gesundheitswesen verankert.
- Mehr Freizeit für die Psychotherapeuten durch die Entbürokratisierung des Gutachterverfahrens.

## Fazit

Gelingt die Reform (einschließlich der noch zu reformierenden Bedarfsplanung), haben sich Psychotherapeuten, KBV, KVen und Krankenkassen gegenüber der Politik in diesem Bereich als reformfähig erwiesen!

Wenn nicht, wird das Vertrauen der Politik in das System der vertragspsychotherapeutischen Versorgung leiden und es wird ggf. den institutionellen Anbietern noch mehr Verantwortung übertragen.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**