

Häufig gestellte Fragen (FAQ) zur Psychotherapie-Abrechnung

Geänderte Inhalte und neue Inhalte im aktualisierten FAQ sind in der Farbe Beere markiert.

Stichwort	Frage	Antwort
Abkürzungen rund um das Thema Psychotherapie-Abrechnung	KHF	Krankheitsfall
	KZT	Kurzzeittherapie
	LZT	Langzeittherapie
	Können Bezugspersonen Stunden bei der Akutbehandlung zum Ansatz gebracht werden?	<p>Ja, im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit geistiger Behinderung (ICD-10: F70-F79) stehen sechs zusätzliche Einheiten á 25 Minuten je KHF zur Verfügung.</p> <p>[§13 Abs. 2 PT-Richtlinie sowie §15 Abs. 2 PT-Vereinbarung] https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf</p>
	Wann kann die Akutbehandlung abgerechnet werden?	<p>Grundsätzlich kann eine Akutbehandlung erfolgen, wenn sie indiziert ist - also individuelle Beurteilung des Psychotherapeuten - allerdings nur solange keine Richtlinien-therapie beantragt wurde. Sobald ein Antrag auf Richtlinien-therapie gestellt wurde, darf keine Akutbehandlung mehr erbracht werden.</p> <p>Die Akutbehandlung soll im Anschluss an die PT-Sprechstunde stattfinden und auf die Richtlinien-therapie vorbereiten oder sogar in eine andere Form der Hilfestellung münden.</p> <p><u>Die Akutbehandlung ist auf kurzfristige Stabilisierung und Verbesserung ausgelegt.</u></p> <p>[§13 Abs. 1 PT-Richtlinie sowie §15 Abs. 3 PT-Vereinbarung]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
	<p>Nach Abschluss einer Richtlinien­therapie (LZT oder KZT) meldet sich der Patient wieder in der Praxis des Psychotherapeuten in einer aktuellen Krisensituation.</p> <p>Kann dann die PT-Sprechstunde und bei gegebener Indikation anschließend die psychotherapeutische Akutbehandlung durchgeführt werden?</p>	<p>Ja, es ist jedoch zu beachten, dass eine Akutbehandlung innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien­therapie grundsätzlich nicht vorgesehen ist.</p> <p>[§15 Abs. 4 PT-Vereinbarung]</p> <p>Für die Akutbehandlung ist im Gegensatz zu einer weiterführenden Richtlinien­therapie kein Gutachten erforderlich, sie muss nur mittels PTV 12 der Krankenkasse gegenüber angezeigt werden.</p>
	<p>Wie wird die Akutbehandlung der KZT 1 angerechnet?</p>	<p>Die erbrachten Sitzungen der Akutbehandlung werden mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet.</p> <p>Die Akutbehandlung wird als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24-mal je KHF abgerechnet (2 x 25 Minuten Akutbehandlung = 1 Sitzung KZT 1). [§29 Abs. 1 PT-Richtlinie sowie §15 Abs. 2 und 3 PT-Vereinbarung]</p> <p>Beispiel Krankheitsfall:</p> <p>Mit der Akutbehandlung wurde in 2/17 begonnen, Richtlinien­therapie mit KZT 2 fortgeführt und in 4/17 wurde die Therapie beendet, so ist es möglich in 2/18 wieder mit einer erneuten Akutbehandlung zu beginnen.</p> <p>[§15 Abs. 1 und 2 PT-Vereinbarung]</p>
	<p>Im letzten Jahr wurde die Richtlinien­therapie abgeschlossen, jetzt besteht akuter Bedarf.</p> <p>Kann direkt mit der Akutbehandlung begonnen werden oder ist die PT-Sprechstunde notwendig?</p>	<p>Vor einer Behandlung gemäß den §§ 12 (Probatorische Sitzung), 13 (Akutbehandlung) und 15 (Richtlinien­therapie) sind 50 Minuten PT-Sprechstunde (GOP 35151) Pflicht!</p> <p>[§11 Abs. 1 PT-Richtlinie]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
	Ist diese Leistung anzeigepflichtig?	Ja, mittels Vordruck PTV 12. Die erbrachten Sitzungen sind Bestandteil des Therapiekontingents und werden auf eine ggf. nachfolgende Richtlinien-therapie angerechnet. [§13 Abs. 3 sowie §33 PT-Richtlinie]
	Sind Gespräche mit Angehörigen innerhalb der Akutbehandlung möglich, wenn ja, werden diese dann in der Abrechnung mit dem Abrechnungssuffix „B“ gekennzeichnet?	Ja, Bezugspersonengespräche sind in der Akutbehandlung möglich, diese werden mit dem Kontingent der Akutbehandlung des Patienten verrechnet und in der Abrechnung mit dem Abrechnungssuffix „B“ gekennzeichnet. [§13 Abs. 2 PT-Richtlinie]
	Kann eine Akutbehandlung zwischen KZT und LZT zur Überbrückung genommen werden?	Die Akutbehandlung ist nicht zur Überbrückung zwischen der KZT und der LZT vorgesehen. Sollte nach der KZT die Behandlung noch nicht abgeschlossen sein, ist hier rechtzeitig ein Antrag auf LZT zu stellen. [§13 PT-Richtlinie]
	Wird die Akutbehandlung - wenn sie bei einem anderen Therapeuten durchgeführt wurde - auf den jetzigen eigenen Antrag für KZT angerechnet?	Nein, die Akutbehandlung wird in der Konstellation nicht angerechnet.
	Kann nach Antragstellung auf Richtlinien-therapie die Akutbehandlung abgerechnet werden?	Sobald ein Antrag auf Richtlinien-therapie gestellt wurde, darf keine Akutbehandlung mehr erbracht werden. [§15 Abs. 3 PT-Vereinbarung]
	Wenn alle 12 Sitzungen (je 50 Minuten) Akutbehandlung erbracht wurden und eine Richtlinien-therapie erforderlich ist, muss hier dann direkt ein Antrag auf KZT 2 gestellt werden?	Ja, es muss direkt der Antrag auf KZT 2 gestellt werden, da die Akutbehandlung mit dem Kontingent der KZT 1 verrechnet wird. [§29 Abs. 1 PT-Richtlinie]

Stichwort	Frage	Antwort
	<p>Die Akutbehandlung von 12 Sitzungen (je 50 Minuten) ist beendet.</p> <p>Wie wird dann die nachfolgend notwendige Richtlinien­therapie beantragt?</p>	<p>Nach Abschluss einer Akutbehandlung kann frühestens ein Antrag auf KZT 2 oder eine LZT gestellt werden, wenn die erste probatorische Sitzung erbracht und die zweite probatorische Sitzung terminiert ist.</p> <p>Im Antrag an die Krankenkasse (PTV 2) ist die probatorische Sitzung anzugeben.</p> <p>Für eine LZT ist ein Bericht an den Gutachter erforderlich.</p> <p>[§11 Abs. 1 und 2 PT-Vereinbarung]</p>
	<p>Nach 5 Sitzungen (je 50 Minuten) Akutbehandlung und 2 Sitzungen KZT 1, ist dann eine Antragstellung auf KZT 2 möglich?</p>	<p>Ja, die Beantragung der KZT 2 ist frühestens nach 7 durchgeführten Therapieeinheiten der KZT 1 möglich.</p> <p>[§ 11 Abs. 5 PT-Vereinbarung]</p>
	<p>Wenn bei einem Patienten eine Akutbehandlung beendet wurde, dann muss bei einer nachfolgenden Richtlinien­therapie innerhalb des Krankheitsfalles die KZT 2 (oder LZT) beantragt werden.</p> <p>Wie verhält es sich, wenn der Antrag auf Richtlinien­therapie nach Abschluss des Krankheitsfalles / ein Jahr nach Beginn der Akutbehandlung beantragt wird?</p>	<p>In diesem Fall wird die Akutbehandlung nicht mehr auf die nachfolgende Richtlinien­therapie angerechnet.</p> <p>Es kann also zunächst die KZT 1 beantragt werden (hier kann von der Krankenkasse ein Gutachten angefordert werden).</p>

Stichwort	Frage	Antwort
	<p>Nach Beendigung der KZT 1 und KZT 2 wird im weiteren Verlauf bei gegebener Indikation eine Akutbehandlung durchgeführt.</p> <p>Welche Richtlinientherapie muss bei weiterer Behandlungsnotwendigkeit beantragt werden? KZT 2 oder Langzeittherapie?</p>	<p>In diesem Fall sollte eine Langzeittherapie nach der Akutbehandlung beantragt werden, wenn seit dem Abschluss der vorangegangenen Kurzzeittherapie noch keine zwei Jahre vergangen sind.</p> <p>In diesem Fall würde auch bei Beantragung einer KZT 2 ein Bericht an den Gutachter notwendig. KZT 2 sollte nur dann beantragt werden, wenn absehbar tatsächlich innerhalb dieser beantragten 12 Sitzungen die Behandlung beendet werden kann.</p>
<p>Biographische Anamnese GOP 35140</p>	<p>Kann die Biographische Anamnese auch neben der GOP 35150 abgerechnet werden?</p>	<p>Ja, nach der Aktualisierung der Leistungsinhalte im EBM, ist eine Abrechnung der GOP 35150 neben der GOP 35140 am selben Tag möglich. [Entsprechende Leistungsinhalte nach EBM]</p>
	<p>Kann die Biographische Anamnese auch während einer laufenden Richtlinientherapie abgerechnet werden?</p>	<p>Die GOP 35140 ist Teil einer vorausgehenden Diagnostik, die einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig ist.</p> <p>Ein Krankheitsfall umfasst nach § 21 Abs. 1 des Bundesmantelvertrags „das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen“. Dies gilt auch dann, wenn eine neue Diagnose gestellt wird.</p> <p>Die Berechnung der GOP 35140 ist bei Einhaltung aller sonstigen Abrechnungsvoraussetzungen einmal im Krankheitsfall möglich. [Entsprechende Leistungsinhalte nach EBM]</p>
	<p>Kann die Biographische Anamnese im Verlauf der Durchführung von psychotherapeutischer Sprechstunde und psychotherapeutischer Akutbehandlung abgerechnet werden?</p>	<p>Dies ist möglich, jedoch nicht am gleichen Behandlungstag.</p> <p>Bitte beachten Sie, dass diese Leistung nur einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig ist. [Entsprechende Leistungsinhalte nach EBM]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
<p>BSNR-Wechsel „von Sicherstellungsassistent in eigene Zulassung oder Anstellungsverhältnis“</p> <p>BSNR-Wechsel „von Sicherstellungsassistent in eigene Zulassung oder Anstellungsverhältnis“</p>	<p>Muss bei einem Wechsel in die eigene Zulassung oder ein Anstellungsverhältnis die Krankenkasse über die Mit-/Übernahme von Patienten informiert werden?</p>	<p>In der Regel sind die Anerkennungsbescheide auf den behandelnden Arzt/Psychotherapeuten ausgestellt, in diesem Fall ist keine Angabe der Krankenkasse gegenüber erforderlich.</p> <p>Wurde der Anerkennungsbescheid auf den Namen des Praxisinhabers ausgestellt, so ist bei der Übernahme des Patienten die Krankenkasse zu benachrichtigen.</p> <p>Wichtig:</p> <p>Bei Einreichung Ihrer Abrechnung ist hinter der ersten abgerechneten GOP (für die Patienten, bei denen eine Mit-/Übernahme stattgefunden hat) die Begründung „BSNR-Wechsel“ zu hinterlegen.</p> <p>Durch die Angabe der Begründung ist ersichtlich, dass die Probatorik bereits stattgefunden hat.</p>

Stichwort	Frage	Antwort
<p>Diagnose</p>	<p>Werden Verdachtsdiagnosen nicht mehr akzeptiert?</p>	<p>Es müssen <u>gesicherte und indikationsbegründende Diagnosen</u> angegeben werden.</p> <p>Wie im Rundschreiben der KVH vom 21.12.2016 mitgeteilt, müssen bei Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung und der Richtlinien therapie bestimmte Indikationen (<u>F-Diagnosen</u>) seit dem 1. Quartal 2017 <u>vorliegen und angegeben werden</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Differenzialdiagnostische Klärung nach der GOP 35100 [Diagnosesicherheit: V, A oder G]; • Verbale Intervention nach der GOP 35110 [Diagnosesicherheit G]; • Übende und suggestive Interventionen nach den GOP 35111 - 35120 [Diagnosesicherheit: V oder G]; • Richtlinien therapie nach den GOP 35401 - 35559 (Abschnitt 35.2 EBM) [Diagnosesicherheit: G]

Stichwort	Frage	Antwort
<p>Doppelsitzung</p>	<p>Muss bei der Abrechnung einer Doppelsitzung (diese umfasst mindestens 100 Minuten) immer eine Begründung angegeben werden, egal zu welcher Zeit diese abgerechnet wird?</p>	<p>Doppelsitzungen können ohne Begründung nur in der Verhaltenstherapie abgerechnet werden.</p> <p>Der 3- oder 4-fache Ansatz ist in der Verhaltenstherapie nur bei Durchführung von Expositionsbehandlung möglich.</p> <p><u>In der tiefenpsychologischen Psychotherapie nur mit Begründung in folgenden Fällen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Einbeziehung einer Bezugsperson • bei einer krisenhaften psychischen Situation • bei Anwendung besonderer Methoden der Psychotherapieverfahren (z.B. EMDR, katathymes Bilderleben) <p><u>In der analytischen Psychotherapie nur mit Begründung in folgenden Fällen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • bei einer krisenhaften psychischen Situation • bei Anwendung besonderer Methoden der Psychotherapieverfahren (z.B. EMDR) <p>Nur mit einer Begründung ist die Ansetzung der entsprechenden Ziffern nachvollziehbar.</p> <p>[§28 Abs. 4 bis 6 PT-Richtlinie sowie §11 Abs. 14 PT-Vereinbarung und entsprechenden Leistungsinhalte nach EBM]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Feldkennung „anerkannte Psychotherapie“	Wie sind die Füllfelder der Feldkennung "anerkannte Psychotherapie" zu füllen?	In der Feldkennung „anerkannte Psychotherapie“ ist das Datum der Antragstellung, das Bewilligungsdatum, die bewilligte GOP, die genehmigten Therapiesitzungen sowie die bisher abgerechneten Sitzungen einzutragen (Siehe Rundschreiben der KVH vom 07.04.2017). Bei Unklarheiten halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Softwarehaus. <u>Leider können wir hier keine allgemeinverbindliche Aussage treffen, da die Softwareanbieter diesen Sachverhalt individuell lösen.</u>
	Warum müssen die Feldkennungen korrekt gefüllt sein?	Damit die Kontingenzählung korrekt ist und keine Absetzungen vorgenommen werden müssen. Die bewilligte Therapiesitzung ist dem Anerkennungsbescheid zu entnehmen und in der Feldkennung „anerkannte Psychotherapie“ zu hinterlegen.
Formulare	Gibt es Änderungen der PT-Formulare?	Aufgrund der Systemischen Therapie wurden die Formblätter zum 01.07.2020 angepasst. Alte Formulare, Umschläge oder Leitfäden können nicht aufgebraucht oder weiter genutzt werden! Das Formblatt PTV 12 wird nur noch für die Anzeige einer Akutbehandlung genutzt. [Anlage 1 Formblätter PT-Vereinbarung]
Gruppe	Ist bei einer reinen Gruppentherapie der Antrag Gutachterpflichtig?	Nein, um die Gruppentherapie weiter zu fördern, entfällt die Gutachterpflicht.
	Wie verhält es sich bei der Kombinationsbehandlung?	Anträge auf Gruppentherapie oder Anträge auf eine Kombination aus überwiegend durchgeführter Gruppentherapie mit Einzeltherapie, das heißt mit mehr als der Hälfte der beantragten Therapieeinheiten im Gruppensetting, werden künftig nicht mehr regelhaft begutachtet.

Stichwort	Frage	Antwort
Gruppe		<p>Jedoch kann eine Begutachtung in Einzelfällen auch in der Gruppentherapie oder in der Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie (in beiden Varianten) im Rahmen der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Krankenkasse verlangt werden.</p>
	<p>Werden Privatpatienten bei der Gruppentherapie mitgezählt?</p>	<p>Ja, sollte ein Privatpatient an der Gruppentherapie teilnehmen, so muss dieser bei der abzurechnenden GOP berücksichtigt werden.</p>
	<p>Kann eine Gruppentherapie aus Teilnehmern mit LZT und KZT stattfinden?</p>	<p>Ja, für die Abrechnung wird die Gesamtgruppengröße berücksichtigt. Die letzte Stelle der GOP zeigt die Teilnehmeranzahl der gesamten Gruppe in der jeweiligen Gruppe an - also alle Teilnehmer mit KZT und alle Teilnehmer mit LZT.</p> <p>Zu berücksichtigen ist, dass für die KZT und LZT unterschiedliche GOP angesetzt werden müssen. [Rundschreiben der KBV vom 01.12.2017]</p>
	<p>Ist die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung im Rahmen der Videosprechstunde möglich?</p>	<p>Ja, Ärzte und Psychotherapeuten können die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung während einer Videosprechstunde erbringen und mit den entsprechenden Suffixen abrechnen.</p> <p>Achtung: Die Anzahl der Gruppenteilnehmer ist bei der Videosprechstunde auf acht Teilnehmer begrenzt! Hier sind die eventuellen Bezugspersonen mitzuzählen.</p> <p>[§ 21 Abs. 7 PT-Vereinbarung]</p>
<p>Ist die Gruppentherapie im Rahmen der Videosprechstunde möglich?</p>	<p>Ja, Ärzte und Psychotherapeuten können die Gruppentherapie während einer Videosprechstunde erbringen und mit den entsprechenden Suffixen abrechnen.</p>	

Stichwort	Frage	Antwort
Gruppe		<p>Achtung: Die Anzahl der Gruppenteilnehmer ist bei der Videosprechstunde auf acht Teilnehmer begrenzt! Hier sind die eventuellen Bezugspersonen mitzuzählen.</p> <p>[§ 21 Abs. 7 PT-Vereinbarung]</p>
	Kann eine Gruppentherapie durch zwei Psychotherapeuten per Video durchgeführt werden?	Nein, findet eine Gruppentherapie per Video statt, kann diese nur durch einen Psychotherapeuten durchgeführt werden (eine gemeinsame Gruppentherapie durch zwei Psychotherapeuten ist nicht möglich).
	Gibt es eine GOP für die Probatorik im Gruppensetting?	Ja, die GOP 35163 bis 35169 je 100 Minuten. Orientierung der Gruppengröße zwischen 3 bis 9 Patienten je Therapeuten.
	Wie ist die Probatorische Sitzung im Gruppensetting bei Erwachsenen abrechenbar?	<p>Es sind höchstens 4 Einheiten Probatorik im KHF berechnungsfähig.</p> <p><u>Abrechnung mit vorheriger Sprechstunde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-mal 35150 (Einzel-Probatorik Pflicht) • 3-mal 3516X (bis zu 3 Einheiten à 100 Minuten je KHF oder 6-mal 50 Minuten) <p><u>Abrechnung ohne vorherige Sprechstunde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-mal 35150 (Einzel-Probatorik Pflicht) • 2-mal 3516X (bis zu 2 Einheiten á 100 Minuten oder 4-mal 50 Minuten)

Stichwort	Frage	Antwort
Gruppe	Wie ist die Probatorische Sitzung im Gruppen-setting bei Kindern u. Jugendlichen/Menschen mit geistiger Behinderung (Intelligenzstörung) abrechenbar?	<p>Im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit geistiger Behinderung (ICD-10 F70-F79) sind bis zu 6 Einheiten Probatorik im KHF berechnungsfähig.</p> <p><u>Abrechnung mit vorheriger Sprechstunde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-mal 35150 (Einzel-Probatorik Pflicht) • 5-mal 3516X (bis zu 5 Einheiten à 100 Minuten je KHF oder 10-mal 50 Minuten) <p><u>Abrechnung ohne vorherige Sprechstunde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-mal 35150 (Einzel-Probatorik Pflicht) • 4-mal 3516X (bis zu 4 Einheiten á 100 Minuten je KHF oder 8-mal 50 Minuten)
	Muss oder kann die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (GOP 35173 bis 35179) vor jeder Gruppentherapie erbracht werden?	<p>Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann bei Erwachsenen höchstens 4-mal je KHF mit jeweils 100 Minuten Dauer (oder 8-mal 50 Minuten) erbracht werden.</p> <p>Bei Kinder- und Jugendlichen oder Menschen mit geistiger Behinderung sind bei Einbezug von Bezugspersonen bis zu 100 Minuten je KHF zusätzlich möglich (oder 2-mal 50 Minuten)</p> <ul style="list-style-type: none"> • höchstens 5 Einheiten, die 5. Sitzung muss mit dem Suffix B gekennzeichnet werden! <p>[§11a Abs. 3 PT-Richtlinie]</p>
Gruppe	Ist während einer stationären Behandlung gleichzeitig eine ambulante Behandlung möglich?	<p>Ja, sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. [§ 12 Abs. 6 PT-Richtlinie]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
	Kann die Probatorik auch im Gruppensetting während einer stationären Behandlung erbracht werden?	Ja, Ziel ist es die Gruppentherapie zu fördern.
	Kann ein Besuch abgerechnet werden und wenn ja wie wird der Besuch/Visite abgerechnet, pro Patient oder einmalig?	Ja, pro Patient kann der Besuch abgerechnet werden. Bei der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus ist das Aufsuchen eines Kranken mit dem Besuch nach der GOP 01410 und eines weiteren Kranken mit der GOP 01413 mit dem Suffix K zu dokumentieren und abzurechnen.
	Wie wird die Gruppentherapie zu zweit geleitet?	<p>Die Gruppengröße bei gemeinsamer Leitung beträgt mindestens 6 bis zu 14 Patienten. Pro Psychotherapeut mindestens 3 bis zu 9 Patienten.</p> <p>Ein Psychotherapeut ist dabei für ein jeweils fest zugeordnetes Gruppenmitglied „hauptverantwortlich“ (Bezugspatienten).</p> <p>Abgerechnet wird die jeweilige GOP mit der Endziffer entsprechend der Anzahl der Bezugspatienten.</p> <p>Die hauptverantwortliche Behandlung umfasst beispielsweise die schriftliche Dokumentation und bei Kombinationsbehandlung auch das Ausfüllen des Formulars PTV 2.</p> <p>[§ 21 Abs. 1 Nr. 2 PT-Richtlinie]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Hausbesuch	Kann eine Behandlung im Rahmen einer Richtlinien-therapie in der Wohnung des Patienten stattfinden?	<p>Grundsätzlich „Nein“!</p> <p>Gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung findet die Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung <u>grundsätzlich</u> in den <u>Praxisräumen des Psychotherapeuten</u> statt.</p> <p>Ist ein Patient nicht in der Lage, die Praxisräume aufzusuchen, muss im Antrag an die Krankenkasse vermerkt werden, dass die Sitzungen beim Patienten zu Hause durchgeführt werden müssen.</p> <p>In diesen Fällen ist im EDV-System in der Feldkennung (5009) eine entsprechende Begründung anzugeben.</p> <p>Bei Durchführung einer Verhaltenstherapie sind durch Psychologische Psychotherapeuten außerhalb der Praxis bei Patienten mit Angstzuständen (z.B. bei Patienten, die nicht in der Lage sind Ihre eigenen Wohnräume zu verlassen) die Besuchs- und Wegepauschalen berechnungsfähig.</p> <p>(Besuchsleistung: GOP 01410-01411)</p> <p>(Wegepauschale bei Tag: GOP 40220, 40222, 40224, 94226; bei Nacht: GOP 40226, 40228, 40230, 94232, je nach Entfernungsradius von der Praxis des Psychotherapeuten zum Wohnort des Patienten).</p> <p>[§1 Abs. 5 PT-Vereinbarung]</p>
KZT Zuschläge	Werden die Zuschläge der KZT durch die KVH zugesetzt?	<p>Ja, die KVH setzt die Zuschläge für die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie zu, unabhängig davon, ob es eine KZT 1 oder KZT 2 ist.</p> <p>Ärzte und Psychotherapeuten erhalten die Zuschläge - sowohl für die Einzeltherapie als auch für die Gruppentherapie - auch wenn bereits eine Akutbehandlung stattgefunden hat. [Ab Inkrafttreten der EBM-Anpassung zum 01.04.2020]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Konsiliarbericht	Muss der Konsiliarbericht bei einem KZT-Antrag bei der Krankenkasse mit eingereicht werden?	Ja, vor Aufnahme einer Richtlinientherapie!
Mindestsprechzeiten	Wo müssen diese gemeldet werden?	<p>Die Mindestsprechzeiten sind im mitgliederinternen Bereich in der Arztsuche selbst zu erfassen und können dort jederzeit wieder geändert werden.</p> <p>Sie richten sich nach dem Versorgungsauftrag der Ärzte und Psychotherapeuten.</p> <p>Bei einem vollen Versorgungsauftrag sind zum Beispiel 25 Stunden und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag 12,5 Stunden zu melden. Zu beachten ist auch, dass in den Fällen von Praxiskonstellationen (wie zum Beispiel Berufsausübungsgemeinschaften) jeder Arzt und Psychotherapeut verpflichtet ist, die jeweiligen Mindestsprechzeiten anzugeben.</p> <p>Die Kassenärztliche Vereinigung ist verpflichtet, die Einhaltung dieser Vorgabe zu überwachen, zumal die Zuschläge des EBM aus Abschnitt 35.2.3.2 daran gekoppelt sind, dass Vertragsärzte und -Psychotherapeuten dieser Verpflichtung nachkommen.</p> <p>[Rundschreiben der KVH vom 23.09.2020 sowie § 1 Abs. 8 PT-Richtlinie]</p>
Papierlose Abrechnung	Welche papiergebundenen Abrechnungsnachweise müssen eingereicht werden?	<p>Ab dem Quartal 1/25 reichen Praxen die Quartalerklärung elektronisch bei der KVH ein. Bisher erfolgte die Abgabe in Papierform. Ansonsten sind keine papiergebundenen Abrechnungsnachweise mehr einzureichen, hierfür finden Sie ausführliche Informationen auf unserer Homepage.</p> <p>https://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/quartalsabrechnung/</p> <p>https://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/elektronische-quartalerklaerung</p>

Stichwort	Frage	Antwort
PFG	Wird die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG, z.B. GOP 23216 u. 23218) durch die KVH zugesetzt?	Ja, die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) wird generell durch die Kassennärztliche Vereinigung zugesetzt. [entsprechende Leistungsinhalte nach EBM]
Probatorische Sitzung GOP 35150	Ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen nach Erhalt des Bewilligungsbescheides für Richtlinien therapie noch zulässig?	Probatorische Sitzungen können bis zur Höchstgrenze <u>auch nach Antragstellung</u> bis zum Beginn der Richtlinien therapie durchgeführt werden. [§16 PT-Vereinbarung]
	Ist die Abrechnung von probatorischen Doppelsitzungen möglich?	Die Durchführung von Probatorischen Sitzungen als Doppelsitzung (100 Minuten) ist weder nach der PT-Richtlinie noch nach der PT-Vereinbarung vorgesehen. Gleichwohl ist die Abrechnung zweier GOP nach 35150 bei länger dauernden Sitzungen aufgrund der Formulierung „je vollendete 50 Minuten“ lt. KBV erlaubt.
	KZT 1 und 2 wurden bei einem Patienten durchgeführt und abgeschlossen. Danach war aufgrund krisenhafter Zuspitzung eine Akutbehandlung notwendig und auch abgeschlossen worden, es stellte sich dabei die erneute Notwendigkeit einer nachfolgenden Richtlinien therapie heraus. Sind erneut mindestens zwei probatorische Sitzungen zur Einleitung der erneuten Richtlinien therapie notwendig?	Ja, die Abklärung der spezifischen Therapieindikation für die erneute Richtlinien therapie muss in probatorischen Sitzungen erfolgen.
Psychotherapeutische Sprechstunde GOP 35151	Kann die PT-Sprechstunde (GOP 35151) nach der probatorischen Sitzung (GOP 35150) abgerechnet werden?	Nein. Die PT-Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine Erkrankung vorliegt. Dabei sollen u. a. eine Beratung, Information, Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs, erste Diagnosestellung und Behandlungsempfehlungen erfolgen.

Stichwort	Frage	Antwort
Psychotherapeutische Sprechstunde GOP 35151		Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung, zur Passung zwischen Patienten und Psychotherapeut und zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes PT-Verfahren dienen. [§12 Abs. 1 PT-Richtlinie]
	Durchgeführt wurden bei einem Erwachsenen Patienten 6 PT-Sprechstunden, 4 probatorische Sitzungen, sowie die KZT 1 und KZT 2. Die psychotherapeutische Behandlung wurde nach Abschluss der Kurzzeittherapie beendet, innerhalb des Krankheitsfalles kommt der Patient wieder zum Psychotherapeuten. Wie wird dann die mögliche Behandlungsbedürftigkeit überprüft und welche Abrechnungsziffer ist dann möglich?	Für die Behandlung von Erwachsenen ist die PT-Sprechstunde 6-mal 25 Minuten und die probatorische Sitzung 4-mal 50 Minuten im Krankheitsfall berechnungsfähig. Daher können diese nicht mehr durchgeführt werden, in diesem speziellen Fall besteht die Möglichkeit, das psychotherapeutische Gespräch (22220 oder 23220) abzurechnen. [Entsprechende Leistungsinhalte nach EBM]
	Eine Richtlinien therapie wurde abgeschlossen, der Patient wird nach mehr als 6 Monaten Therapieunterbrechung erneut vorstellig. Ist eine erneute Abrechnung der PT-Sprechstunde möglich?	Ja, sofern im KHF noch keine PT-Sprechstunde abgerechnet wurde. [§11 Abs. 5 PT-Richtlinie]
	Wie viel Minuten PT-Sprechstunde sind vor einer weitergehenden Behandlung (der §§12, 13 und 15) zu erbringen?	Voraussetzung für eine weitergehende Behandlung, ist eine PT-Sprechstunde von mind. 50 Minuten Dauer. [§11 Abs. 5 PT-Richtlinie sowie §14 Abs. 2 PT-Vereinbarung]

Stichwort	Frage	Antwort
Rezidivprophylaxe	Ist die Rezidivprophylaxe auch während Kurzzeittherapie berechnungsfähig?	Nein, die Rezidivprophylaxe ist nur bei einer Langzeittherapie möglich und erst bei Anträgen nach dem 01.04.2017! [§14 Abs. 2 PT-Richtlinie]
	Wie lange kann die Rezidivprophylaxe in Anspruch genommen werden?	Die Rezidivprophylaxe ist bis zu zwei Jahre nach Abschluss der LZT möglich und muss mit dem Formular PTV 2 der Krankenkasse nur angezeigt werden! [§14 Abs. 4 PT-Richtlinie sowie §16 Abs. 1 PT-Vereinbarung]
	Wie viele Stunden Rezidivprophylaxe können nach einer Richtlinientherapie genutzt werden?	Bei einer <u>Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden</u> maximal <u>8 Stunden</u> und bei einer <u>Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden</u> können maximal <u>16 Stunden</u> genutzt werden. Diese sind Bestandteil des Kontingents. [§14 Abs. 3 PT-Richtlinie]
Richtlinientherapie	Ist die KZT gutachterpflichtig?	Nein, die KZT ist grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig. Sind seit der letzten Sitzung einer Richtlinientherapie noch keine zwei Jahre vergangen, verlangt die Krankenkasse in der Regel einen Bericht an den Gutachter. Die Krankenkasse kann jedoch auch nach eigenem Ermessen einen Bericht an den Gutachter anfordern.
	Ist die Abrechnung der Richtlinientherapie vor Bewilligungsdatum nicht mehr möglich?	Nein, Leistungen die vor Bewilligungsdatum abgerechnet werden, werden nicht vergütet! [Rundschreiben der KVH vom 06.06.2016]
	Kann eine laufende Therapie unterbrochen werden und wenn ja, für welchen Zeitraum?	Die Unterbrechung einer laufenden Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr ist nur zulässig, wenn sie gegenüber der Krankenkasse formlos begründet wird.

Stichwort	Frage	Antwort
		<p>[§17 Abs.6 PT-Vereinbarung]</p> <p>Die KVH empfiehlt dennoch eine Abstimmung mit der jeweiligen Krankenkasse, ob die Begründung ausreichend ist.</p> <p>Auf dem Abrechnungsschein ist im freien Begründungsfeld die entsprechende Begründung anzugeben.</p>
	<p>KZT 1 und 2 sind bei einem Patienten durchgeführt und abgeschlossen. Danach war aufgrund krisenhafter Zuspitzung eine Akutbehandlung notwendig, welche auch abgeschlossen wurde, es stellte sich dabei die erneute Notwendigkeit einer nachfolgenden Richtlinien therapie heraus.</p> <p>Frage: Sind erneut mindestens zwei probatorische Sitzungen zur Einleitung der erneuten Richtlinien therapie notwendig?</p>	<p>Ja - die Abklärung der spezifischen Therapieindikation für die erneute Richtlinien therapie soll in probatorischen Sitzungen erfolgen.</p>
Testverfahren GOP 35600-35602	<p>Wie oft kann die GOP 35600-35602 während der Durchführung einer Richtlinien therapie erbracht werden?</p>	<p>Testverfahren können bei KZT bis zu dreimal berechnet werden; bei LZT ist eine darüber hinaus gehende viermalige Berechnung, damit insgesamt bis zu siebenmal, zulässig.</p> <p>[§17 Abs. 5 PT-Vereinbarung]</p>
Therapieende	<p>Wie ist das Therapieende zu melden?</p>	<p>Das Therapieende ist mit der Zusatzziffer 88130 oder 88131 zu kennzeichnen.</p> <p>88130: ohne anschließende Rezidiv</p> <p>88131: mit anschließender Rezidiv</p> <p>Die Übermittlung muss unverzüglich, also im entsprechenden Quartal des</p>

Stichwort	Frage	Antwort
		<p>Therapieendes, möglichst zum Zeitpunkt der letzten Sitzung, erfolgen. Wird eine Psychotherapie länger als ein halbes Jahr unterbrochen, ist weiterhin eine formlose schriftliche Begründung an die Krankenkasse erforderlich; die Übermittlung der Kennzeichnung erfolgt dann nach der tatsächlichen Beendigung der Psychotherapie.</p> <p>[§17 Absatz 6 sowie § 20 Absatz 3 der PT-Vereinbarung]</p>
Versicherungskarte	<p>Patient kommt ohne eGK. Muss hier zwingend eine Ersatzbescheinigung der Krankenkasse vorliegen?</p>	<p>Es ist ein Versicherungsnachweis der Krankenkasse erforderlich, in der Regel mittels eingelesener eGK, in Ausnahmefällen durch die Nachweise des Kostenträgers (z.B. schriftliche Bestätigung der Krankenkasse)!</p> <p>Sollte die eGK nicht funktionieren, nicht einzulesen sein oder dem Patienten nicht vorliegen (aufgrund eines Kassenwechsels oder Verlust), kann das Ersatzverfahren, wenn die Grundlagen gemäß Bundesmantelvertrag eingehalten wurden, zur Anwendung kommen.</p> <p>Versicherungsdaten können grundsätzlich nur noch „persönlich, postalisch, telefonisch“ übermittelt werden, hierfür finden Sie ausführliche Informationen auf unserer Homepage.</p> <p>https://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/mitgliedsbescheinigungen/</p> <p>Fazit: Versicherungsnachweis muss in der Praxis aufbewahrt werden!</p> <p>[Anlage 4a Anhang 1 Abs. 2.3, 2.4 und 3 BMV-Ä/EKV Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte]</p>
Versicherungskarte		
Videosprechstunde Ab Quartal 1/2025	<p>Ist die psychotherapeutische Sprechstunde und die probatorische Sitzung im Rahmen der Videosprechstunde möglich?</p>	<p>Ja, Ärzte und Psychotherapeuten können ab sofort die psychotherapeutische Sprechstunde und probatorische Sitzung während einer Videosprechstunde erbringen und mit den entsprechenden Suffixen abrechnen.</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Videosprechstunde	Muss der zertifizierte Videodienstanbieter der KVH gemeldet werden?	Ja, der zertifizierte Videodienstanbieter ist der KVH zu melden. Zur umfassenden Beratung der Videosprechstunde wurde eine Themenseite auf unserer Homepage eingestellt. https://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/videosprechstunde/
	Darf die Videosprechstunde über Smartphone oder WhatsApp stattfinden?	Nur der Patient hat die Möglichkeit sich über sein Smartphone einzuwählen der Arzt oder Psychotherapeut hingegen ist an einen zertifizierten Videodienstanbieter gebunden und kann diese nur über seinen Computer durchführen. Achtung: Videoanruf über WhatsApp, Skype oder ähnliche Anbieter ist nicht möglich! [§3 sowie §4 Abs. 1 Anlage 31b BMV-Ä]
	Dürfen auch Patienten, die im Ausland wohnen über die Videosprechstunde therapiert werden?	Ja, eine Psychotherapeutische Fernbehandlung ist nach dem geänderten §5 Abs. 5 MBO-PT grundsätzlich möglich.
Videosprechstunde	Wie erfolgt der Versicherungsnachweis eines Patienten bei Abrechnung der Videosprechstunde?	Der Patient authentifiziert sich, indem er seine eGK in die Kamera hält und mündlich bestätigt, dass der Versicherungsschutz besteht. Ärzte und Psychotherapeuten erheben die Daten des Patienten bei der Videosprechstunde im Ersatzverfahren, diese werden dann mit der Abrechnung an die KVH übermittelt.

Stichwort	Frage	Antwort
		<p>Wichtig: Die Versichertennummer muss bei der Videosprechstunde erfasst werden. [§2 Abs. 1 Anlage 4b BMV-Ä]</p>
	<p>GOP 01450 (Technikzuschlag) je Arzt-Patienten-Kontakt, ist hier der Ansatz für jede Videosprechstunde gemeint?</p>	<p>Ja, für jede erbrachte Videosprechstunde ist die GOP 01450 anzusetzen, wird jedoch eine Gruppentherapie oder <u>übende Interventionen als Gruppenbehandlung</u> durchgeführt, ist der <u>Technikzuschlag nur 1x berechnungsfähig!</u></p>
<p>Zurückgestellte Fälle</p>	<p>Warum werden die kompletten Abrechnungsscheine bei Beanstandungen zurückgestellt?</p>	<p>Durch die Zurückstellung des kompletten Abrechnungsscheines, bekommen Sie die Möglichkeit, diesen erneut bei der KV Hessen abzurechnen.</p>