

Häufig gestellte Fragen (FAQ) zur Psychotherapie-Abrechnung

Geänderte Inhalte und neue Inhalte im aktualisierten FAQ sind Gelb markiert.

Stichwort	Frage	Antwort
Abkürzungen rund um das Thema Psychotherapie-Abrechnung		<p>KHF Krankheitsfall</p> <p>KZT Kurzzeittherapie</p> <p>LZT Langzeittherapie</p>
Akutbehandlung GOP 35152	Können Bezugspersonen Stunden bei der Akutbehandlung zum Ansatz gebracht werden?	<p>Ja, ab dem 01.07.2020 stehen Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und bei Versicherten mit geistiger Behinderung (ICD-10: F70-F79) sechs zusätzliche Einheiten á 25 Minuten je KHF zur Verfügung. [§15 Abs. 2 PT-Vereinbarung https://www.kbv.de/media/sp/2020_07_01_Psycho_Vereinbarung.pdf]</p>
	Wann kann die Akutbehandlung abgerechnet werden?	<p>Grundsätzlich kann eine Akutbehandlung erfolgen, wenn sie indiziert ist - also individuelle Beurteilung des Therapeuten - allerdings nur solange keine Richtlinienbehandlung beantragt wurde. Sobald ein Antrag auf Richtlinienbehandlung gestellt wurde, darf keine Akutbehandlung mehr erbracht werden.</p> <p>Die Akutbehandlung soll im Anschluss an die PT-Sprechstunde stattfinden und auf die Richtlinienbehandlung vorbereiten oder sogar in eine andere Form der Hilfestellung münden.</p> <p><u>Die Akutbehandlung ist auf kurzfristige Stabilisierung und Verbesserung ausgelegt.</u> [§13 Abs. 1 PT-Richtlinie https://www.kbv.de/media/sp/2020_11_20_Psycho_RL.pdf sowie §15 Abs. 3 PT-Vereinbarung]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
<p>Akutbehandlung GOP 35152</p>	<p>Nach Abschluss einer Richtlinien-therapie (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, nach einer Richtlinien-therapie (KZT) ist jedoch zu beachten, dass die Akutbehandlung erst wieder nach einem KHF abgerechnet werden kann.</p> <p>Für die Akutbehandlung ist im Gegensatz zu einer weiterführenden Richtlinien-therapie kein Gutachten erforderlich, sie muss nur mittels PTV 12 der Krankenkasse gegenüber angezeigt werden.</p> <p>Beispiel:</p> <p>Mit der Akutbehandlung wurde in 2/17 begonnen, Richtlinien-therapie 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. [§15 Abs. 1 und 2 PT-Vereinbarung]</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). [§28 Abs. 1 PT-Richtlinie sowie §15 Abs. 2 und 3 PT-Richtlinie]</p>
	<p>Im letzten Jahr wurde die Richtlinien-therapie 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 (Richtlinien-therapie) sind 50 Minuten PT-Sprechstunde (GOP 35151) Pflicht! [§11 Abs. 1 PT-Richtlinie]</p>
	<p>Ist diese Leistung anzeigepflichtig?</p>	<p>Ja, mittels Vordruck PTV 12. Die erbrachten Sitzungen sind Bestandteil des Therapiekontingents und werden auf eine ggf. nachfolgende Richtlinien-therapie angerechnet. [§28 PT-Richtlinie]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Akutbehandlung GOP 35152	Sind Paargespräche innerhalb der Akutbehandlung möglich, wenn ja, werden diese dann in der Abrechnung mit dem Abrechnungssuffix „B“ gekennzeichnet?	Ja, Bezugspersonengespräche und damit auch Paargespräche 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. [§28 Abs. 1 PT-Richtlinie]
	Die Akutbehandlung von 12 Sitzungen (je 50 Minuten) ist beendet. Wie wird dann die nachfolgend notwendige Richtlinien therapie beantragt?	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. Im Antrag an die Krankenkasse (PTV 2) ist die probatorische Sitzung anzugeben. Für eine LZT ist ein Bericht an den Gutachter erforderlich. [§11 Abs. 1 und 2 PT-Vereinbarung]

Stichwort	Frage	Antwort
Akutbehandlung GOP 35152	Nach 5 Sitzungen (je 50 Minuten) Akutbehandlung und 2 Sitzungen KZT 1, ist dann eine Antragstellung auf KZT 2 möglich?	Ja, die Beantragung der KZT 2 ist frühestens nach 7 durchgeführten Therapieeinheiten der KZT 1 möglich. [§ 11 Abs. 4 PT-Vereinbarung]
	Wenn bei einem Patienten eine Akutbehandlung beendet wurde, dann muss bei einer nachfolgenden Richtlinientherapie innerhalb des Krankheitsfalles die KZT 2 (oder LZT) beantragt werden. Wie verhält es sich, wenn der Antrag auf Richtlinientherapie nach Abschluss des Krankheitsfalles / ein Jahr nach Beginn der Akutbehandlung beantragt wird?	In diesem Fall wird die Akutbehandlung nicht mehr auf die nachfolgende Richtlinientherapie angerechnet. Es kann also zunächst die KZT 1 beantragt werden (hier kann von der Krankenkasse ein Gutachten angefordert werden).
	Nach Beendigung der KZT 1 und KZT 2 wird im weiteren Verlauf bei gegebener Indikation eine Akutbehandlung durchgeführt. Welche Richtlinientherapie muss bei weiterer Behandlungsnotwendigkeit beantragt werden? KZT 2 oder Langzeittherapie?	In diesem Fall sollte eine Langzeittherapie nach der Akutbehandlung beantragt werden, wenn seit dem Abschluss der vorangegangenen Kurzzeittherapie noch keine zwei Jahre vergangen sind. 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.
Biographische Anamnese GOP 35140	Kann die Biographische Anamnese auch neben der GOP 35150 abgerechnet werden?	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]

Stichwort	Frage	Antwort
Biographische Anamnese GOP 35140	Kann die Biographische Anamnese auch während einer laufenden Richtlinien-therapie abgerechnet werden?	<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 <u>„das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen“</u>. 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>
	Kann die Biographische Anamnese im Verlauf der Durchführung von psychotherapeutischer Sprechstunde und psychotherapeutischer Akutbehandlung abgerechnet werden?	<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>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
Doppelsitzung	Muss bei der Abrechnung einer Doppelsitzung (diese umfasst mindestens 100 Minuten) immer eine Begründung angegeben werden, egal zu welcher Zeit diese abgerechnet wird?	<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. [§27 Abs. 4 und 6 PT-Richtlinie sowie §11 Abs. 14 PT-Vereinbarung und entsprechenden Leistungsinhalte nach EBM]</p>
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).

Stichwort	Frage	Antwort
Feldkennung „anerkannte Psychotherapie“		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?	Die Kombinationsbehandlung ist weiterhin Gutachterpflichtig.
	Werden Privatpatienten bei der Gruppentherapie mitgezählt?	Ja, sollte ein Privatpatient an der Gruppentherapie teilnehmen, so muss dieser bei der abzurechnenden GOP berücksichtigt werden.

Stichwort	Frage	Antwort
Gruppe	Kann eine Gruppentherapie aus Teilnehmern mit LZT und KZT stattfinden?	<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>

Stichwort	Frage	Antwort
<p>Hausbesuch</p>	<p>Kann eine Behandlung im Rahmen einer Richtlinien-therapie in der Wohnung des Patienten stattfinden?</p>	<p>Grundsätzlich „Nein“!</p> <p>Gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung findet die Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung <u>grundsätzlich</u> in den <u>Praxisräumen des Therapeuten</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). [§1 Abs. 4 sowie §11 Abs. 14 PT-Vereinbarung]</p>
<p>KZT Zuschläge</p>	<p>Werden die Zuschläge der KZT durch die KVH zugesetzt?</p>	<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 Richtlinien therapie!
Mindestsprechzeiten	Wo müssen diese gemeldet werden?	<p>Die Mindestsprechzeiten sind im mitgliederinternen Bereich in der Arzt suche selbst zu erfassen und können dort jederzeit wieder geändert werden, hierfür finden Sie ausführliche Informationen auf unserer Homepage https://www.kvhessen.de/publikationen/arzt suche/ .</p> <p>Sie richten sich nach dem Versorgungsauftrag der Psychotherapeuten/Ärzte.</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 Berufsausübungs-gemeinschaften) jede/r Therapeutin/Therapeut sowie Ärztin/Arzt 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 Psychotherapeuten und -Vertragsärzte dieser Verpflichtung nachkommen. [Rundschreiben der KVH vom 23.09.2020 sowie § 1 Abs. 8 PT-Richtlinie]</p>
Papierlose Abrechnung	Welche papiergebundenen Abrechnungsnachweise müssen eingereicht werden?	<p>Einzige Ausnahme ist die Quartalsklärung, 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>
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 Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. [entsprechende Leistungsinhalte nach EBM]

Stichwort	Frage	Antwort
Probatorische Sitzung GOP 35150	Ist die Durchführung von probatorischen Sitzungen nach Erhalt des Bewilligungsbescheides für Richtlinientherapie noch zulässig?	Probatorische Sitzungen können bis zur Höchstgrenze <u>auch nach Antragstellung</u> bis zum Beginn der Richtlinientherapie durchgeführt werden. [§11 Abs. 12 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's nach 35150 bei länger dauernden Sitzungen aufgrund der Formulierung „je vollendete 50 Minuten“ lt. KBV erlaubt.
	<p>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 Richtlinientherapie heraus.</p> <p>Sind erneut mindestens zwei probatorische Sitzungen zur Einleitung der erneuten Richtlinientherapie notwendig?</p>	Ja, die Abklärung der spezifischen Therapieindikation für die erneute Richtlinientherapie muss in probatorischen Sitzungen erfolgen.
Psychotherapeutisches Gespräch GOP 22220 und GOP 23220	Gibt es die GOP 22220 und 23220 nicht mehr?	Die GOP 22220 und 23220 gibt es weiterhin.
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
<p>Psychotherapeutische Sprechstunde GOP 35151</p>		<p>Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung, zur Passung zwischen Patienten und Therapeut und zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes PT-Verfahren dienen. [§11 Abs. 1 PT-Richtlinie]</p>
	<p>Durchgeführt wurden bei einem Patienten 3 PT-Sprechstunden von je 50 Minuten, 4 probatorische Sitzungen, sowie die KZT 1 und 2.</p> <p>Die psychotherapeutische Behandlung wurde nach Abschluss der Kurzzeittherapie beendet, innerhalb des Krankheitsfalles kommt der Patient wieder zum Psychotherapeuten.</p> <p>Wie wird dann die mögliche Behandlungsbedürftigkeit überprüft und welche Abrechnungsziffer ist dann möglich?</p>	<p>Die PT-Sprechstunde ist im Krankheitsfall 6 mal 25 Minuten und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr höchstens 10 mal 25 Minuten berechnungsfähig, die probatorische Sitzung ist im Krankheitsfall 4 mal 50 Minuten und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr höchstens 6 mal 50 Minuten berechnungsfähig.</p> <p>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]</p>
	<p>Eine Richtlinien therapie wurde abgeschlossen, der Patient wird nach mehr als 6 Monaten Therapieunterbrechung erneut vorstellig.</p> <p>Ist eine erneute Abrechnung der PT-Sprechstunde möglich?</p>	<p>Ja, sofern im KHF noch keine PT-Sprechstunde abgerechnet wurde, ist eine erneute Abrechnung möglich, in diesem Fall ist im EDV System in der Feldkennung 5009 eine Begründung zur GOP 35151 zu vermerken.</p> <p><u>Mögliche Begründungen wären z.B.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapie bereits abgeschlossen • Therapieende am... <p>[§11 Abs. 5 PT-Richtlinie]</p>
	<p>Wie viel Minuten PT-Sprechstunde sind vor einer weitergehenden Behandlung (der §§12, 13 und 15) zu erbringen?</p>	<p>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]</p>

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 Richtlinien therapie 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 Richtlinien therapie 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 Richtlinien therapie vor Bewilligungsdatum nicht mehr möglich?	Nein, Leistungen die vor Bewilligungsdatum abgerechnet werden, werden nicht vergütet! [Rundschreiben der KVH vom 06.06.2016]
	Wann muss eine Therapieunterbrechung erneut bei der Krankenkasse angezeigt werden?	Bei mehr als 6-monatiger Therapieunterbrechung ist von der zuständigen Krankenkasse eine erneute Kostenübernahme des Restkontingentes anzufordern. Die Begründung, mit der Angabe „Antrag wurde bei der Krankenkasse gestellt“ ist ausreichend und in die Feldkennung (5009) auf dem Abrechnungsschein anzugeben. [§11 Abs. 13 PT-Vereinbarung]

Stichwort	Frage	Antwort
Richtlinientherapie	<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 Richtlinientherapie heraus.</p> <p>Frage: Sind erneut mindestens zwei probatorische Sitzungen zur Einleitung der erneuten Richtlinientherapie notwendig?</p>	<p>Ja - die Abklärung der spezifischen Therapieindikation für die erneute Richtlinientherapie soll in probatorischen Sitzungen erfolgen.</p>
Testverfahren GOP 35600-35602	<p>Wie oft kann die GOP 35600-35602 während der Durchführung einer Richtlinientherapie 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. [§18 Abs. 2 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 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. [§10 Absatz 5 sowie § 11 Absatz 13 der PT-Vereinbarung]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
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>
Videosprechstunde	<p>Muss der zertifizierte Videodienstanbieter der KVH gemeldet werden?</p> <p>Darf die Videosprechstunde über Smartphone oder WhatsApp stattfinden?</p>	<p>Ja, der zertifizierte Videodienstanbieter ist der KVH zu melden.</p> <p>Zur umfassenden Beratung der Videosprechstunde wurde eine Themenseite auf unserer Homepage eingestellt.</p> <p>https://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/videosprechstunde/</p> <p>Nur der Patient hat die Möglichkeit sich über sein Smartphone einzuwählen der Arzt/Psychotherapeut hingegen ist an einen zertifizierten Videodienstanbieter gebunden und kann diese nur über seinen Computer durchführen.</p> <p>Achtung:</p> <p>Videoanruf über WhatsApp ist nicht möglich!</p> <p>[§3 sowie §4 Abs. 1 Anlage 31b BMV-Ä]</p>

Stichwort	Frage	Antwort
Videosprechstunde	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, sofern die Eingangsdagnostik in der Praxis stattgefunden hat (GOP 35151, 35152 und 35150). [§17 Abs. 2 und 3 PT-Vereinbarung]
	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/Psychotherapeuten erheben die Daten des Patienten bei der Videosprechstunde im Ersatzverfahren, diese werden dann mit der Abrechnung an die KVH übermittelt. Wichtig: Die Versichertennummer muss bei der Videosprechstunde erfasst werden. [§2 Abs. 1 Anlage 4b BMV-Ä]
	GOP 01450 (Technikzuschlag) je Arzt-Patienten-Kontakt, ist hier der Ansatz für jede Videosprechstunde gemeint?	Ja, für jede erbrachte Videosprechstunde ist die GOP 01450 anzusetzen , wird jedoch eine <u>Übende Intervention als Gruppenbehandlung</u> durchgeführt, ist der <u>Technikzuschlag nur 1x berechnungsfähig!</u>
Zurückgestellte Fälle	Warum werden die kompletten Abrechnungsscheine bei Beanstandungen zurückgestellt?	Durch die Zurückstellung des kompletten Abrechnungsscheines , bekommen Sie die Möglichkeit, diesen erneut bei der KV Hessen abzurechnen.