

Handbuch für neuzugelassene Psychotherapeuten & Psychotherapeutinnen

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Inhalt

Handbuch für neuzugelassene Psychotherapeuten

3 **Einführung**

4 **Organisatorisches rund um die psychotherapeutische Abrechnung**

- Grundlagen
- Welche Therapieformen gibt es?
- Genehmigungen

5
- Formulare
- Praxisverwaltungssystem
- Telematik Infrastruktur (TI)
- Online-Dienste der KVBW
- Abschlagszahlungen
- Serviceangebot zur Abrechnung
- Genehmigung von Leistungen
- Sprechstunden und Sprechzeiten
- Terminvermittlungen

7 **Alles erledigt?**

8 **Mein erstes Quartal**

10 **EBM**

- Allgemeines zum EBM und zur Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung
- EBM, einheitlicher Bewertungsmaßstab...
- Woher bekomme ich den EBM?
- Hat jede KV einen eigenen EBM?
- Was sind Kassenleistungen und wer legt das fest?
- Warum dürfen die das? Rechtliche Grundlagen

18 **Das Honorar - kein Buch mit 7 Siegeln**

- GrundsätzlichesZum psychotherapeutischenHonorar

Zulassung erhalten, Praxis eröffnet....

Die medizinische Versorgung der Patienten ist kein Problem, aber wie erhalte ich nun das Geld für meine durchgeführten Behandlungen? Wie funktioniert die Abrechnung in der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit?

Speziell für psychotherapeutisch tätige Mitglieder, die neu in das KV-System kommen, haben wir die wichtigsten Informationen rund um die Kassenabrechnung zusammengestellt.

Wir möchten Ihnen damit einen kurzen Überblick zu Themen und Fragen rund um die Abrechnung geben.

Dieser Leitfaden stellt auch ein Nachschlagewerk dar, das Sie zusätzlich zu unseren verschiedenen Beratungsangeboten nutzen können.

Zur Vertiefung der einzelnen Themen finden Sie auf unserer Website und in weiteren Veröffentlichungen mehr Informationen und Links. Oder Sie nehmen per Mail oder Telefon Kontakt zu uns auf (abrechnungsberatung@kvbawue.de Tel. 0711 7875 3397).

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre Abrechnungsberatung

Organisatorisches rund um die psychotherapeutische Abrechnung

Grundlagen

Die Grundlagen zur Durchführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegt. Wann und welche Leistung vor Antragstellung einer Psychotherapie möglich oder notwendig ist, welche Bewilligungsschritte, welche Reihenfolge dieser Leistungen einzuhalten sind, ist in der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung geregelt.

Welche Therapieformen gibt es?

Entsprechend der Psychotherapie-Richtline können vier Therapieformen als GKV-Leistungen jeweils als Einzeltherapie oder Gruppentherapie angeboten und abgerechnet werden:

- Verhaltenstherapie
- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Systemische Therapie

Genehmigungen

Wofür ist eine Genehmigung der KV nötig?

Nach Erhalt einer Zulassung ist zur Abrechnung dieser Leistungen eine Genehmigung durch die Qualitätssicherung notwendig. Liegt keine Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen vor, so hat dies zur Folge, dass sämtliche Leistungen in diesem Zusammenhang in der Abrechnung nicht akzeptiert und gestrichen werden.

Genehmigungspflichtig sind:

- Nicht antragspflichtige Leistungen des Kapitels 35.1, wie z.B. die Sprechstunde nach GOP 35151, Akutbehandlung nach GOP 35152
- Antragspflichtige Psychotherapie als Einzel- und Gruppentherapie nach Kapitel 35.2 des EBM
- Übende Verfahren wie Hypnose, Autogenes Training und Entspannungsübungen nach Jacobsen
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- Neuropsychologische Therapie - nur bei Vorliegen der entsprechenden Weiterbildung möglich

Zu beachten:

⇨ Für EMDR gibt es keine eigenständige Gebührenordnungsposition. EMDR wird über die in der Praxis angebotene Therapieform abgerechnet.

Nicht genehmigungspflichtige Leistungen sind:

- Testverfahren nach den GOP 35600 bis 35602

Was muss die Krankenkasse genehmigen?

Die Genehmigung zu einer antragspflichtigen Psychotherapie wird durch die jeweilige Krankenkasse des Patienten erteilt. Die KVBW hat keinen Einfluss auf das Genehmigungsverfahren.

Wer stellt den Antrag? Wie?

Der Antrag auf eine PT wird vom Patienten über das Formular (PTV 1) gestellt. Gleichzeitig müssen Sie als Therapeut das Formular PTV2 ausfüllen. Beide Formulare werden an die Krankenkasse geschickt.

Stellt die Krankenkasse fest, dass alle notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind und sie die Therapie übernimmt, teilt sie dies formlos dem Patienten und Ihnen als Therapeuten mit.

Diese Zusage der Krankenkassen sollten Sie in Ihrer Praxis aufbewahren. Bitte nicht an die KV senden!

Formulare

Vor Antragstellung einer Psychotherapie

Zur somatischen Abklärung **vor Antragstellung** auf eine Psychotherapie sind **je nach Fachgruppe** des Therapeuten verschiedene Formulare zu verwenden und dem Patienten mitzugeben:

➔ Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Muster 7 Überweisung- Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen
Muster 22 Konsiliarbericht - Vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

➔ Ärztlichen Psychotherapeuten und FA für psychosomatische Medizin

Muster 6 - Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung

Zu beachten:

➔ Zuvor ist zu klären und zwingend zu dokumentieren, ob der Patient/Patientin einen Hausarzt hat und ob dieser einen Bericht über die Behandlung erhalten soll. Grundlage dieser Regelung sind die Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 im EBM zur Berichtspflicht. Ohne diese Dokumentation sind die therapeutischen Leistungen nicht berechnungsfähig.

Psychotherapie-Formulare Woher?

Die zu verwendenden Formblätter sind in §19 der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegt und erklärt. Eine Ausfüllhilfe finden Sie über die Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):

www.kbv.de/psychotherapie

Die Formulare können Sie über den Kohlhammer-Verlag bestellen oder im Rahmen der Blankoformularbedruckung selbst drucken.
Zur Blankoformularbedruckung von **Überweisungen** muss **Sicherheitspapier** verwendet werden, das Sie ebenfalls über den Kohlhammerverlag erhalten. **PTV-Formulare** werden auf **einfachem weißem Papier** ausgedruckt.

Praxisverwaltungssystem (PVS)

Nachdem Sie Ihre Betriebsstättennummer (BSNR) und Lebenslange Arztnummer (LANR) erhalten haben, müssen diese Daten eingepflegt werden. Denn nur so ist am Ende eines Quartales eine Abrechnung möglich. Bitte vergessen Sie in diesem Zusammenhang nicht, den elektronischen Heilberufe Ausweis (e-HBA) bei der Landespsychotherapeutenkammer sowie die SMC-B Karte bei einem, der zugelassenen Anbieter zu bestellen.

Telematik Infrastruktur

Die Telematikinfrastruktur (TI) ermöglicht Psychotherapeuten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen einen schnellen und sicheren Datenaustausch über eine Vernetzung von IT-Systemen. Die TI schafft die Basis für digitale Anwendungen. Wichtige medizinische Informationen werden damit leichter verfügbar. Sie sind vom Gesetzgeber zum Anschluss an die TI verpflichtet. Dass Sie angeschlossen sind, müssen Sie der KV nicht gesondert mitteilen, das können wir Ihren Abrechnungsdaten entnehmen. Bei Nichtanschluss oder Fehlen von notwendigen Komponenten kann es zu Honorarkürzungen kommen.

Online-Dienste der KVBW

Die KVBW betreibt ein Mitgliederportal. Die Zugangsdaten, die Sie hierfür benötigen, senden wir Ihnen automatisch per Post zu. In getrennten Briefen erhalten Sie einen Benutzernamen und ein Freigabekennwort. Bei Ihrer ersten Anmeldung legen Sie selbst ein Anmeldekennwort fest.
Die Zugangsdaten benötigen Sie auch, um Ihre Honorarunterlagen im Dokumentenarchiv des Mitgliederportales abzurufen.

Entscheiden Sie sich für KV-Ident Plus, denken Sie bitte daran, rechtzeitig über die Token-Verwaltung Ihren persönlichen KV-Ident Token zu beantragen, um auch außerhalb der Praxis auf die Onlineanwendungen der KVBW zugreifen zu können.

Abschlagszahlungen

Damit Ihnen mit der Tätigkeitsaufnahme finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, erhalten Sie monatliche Abschlagszahlungen. Sie melden Ihre bereits erbrachten EBM-Leistungen monatlich an unsere Buchhaltung.

Serviceangebot zur Abrechnung

Wir empfehlen Ihnen, ein Abrechnungsberatungsgespräch wahrzunehmen, hierzu können Sie uns eine E-Mail schreiben oder unter 0711/7875-3397 einen Termin vereinbaren. Die wichtigsten Informationen, auf Ihre Fachrichtung zugeschnitten, werden Ihnen den Start erleichtern.

Genehmigung von Leistungen

Zahlreiche qualitätsgesicherte Leistungen (siehe Seite 4) dürfen Sie nur abrechnen, wenn Ihnen eine schriftliche Genehmigung von der KV erteilt wurde. Bitte denken Sie daran, entsprechende Genehmigungen zu beantragen.
Wechseln Sie von einer Anstellung in eine Zulassung oder umgekehrt ist es wichtig, dass Sie Ihre Genehmigungen aufgrund des Statuswechsels umschreiben lassen.

Bei der Beschäftigung eines angestellten Therapeuten (mit oder ohne Leistungsbegrenzung) müssen Sie die genehmigungspflichtigen Leistungen auch für Ihren Angestellten beantragen. Ausgenommen hiervon sind: Sicherstellungs- und Weiterbildungsassistenten

Sprechstunden und Sprechzeiten

Mit Ihrer vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit geht die Pflicht einher, in einem festgelegten Umfang Patienten zu versorgen.

Ihre Sprechzeiten sowie die telefonische Erreichbarkeit müssen über unser Onlinetool dem Arztregister gemeldet werden. Der Gesetzgeber hat folgende Mindestzeiten für einen vollen Versorgungsauftrag festgelegt:

- 25 Stunden Sprechzeit pro Woche
- 200 Minuten telefonische Erreichbarkeit pro Woche

Terminvermittlungen

Damit soll Patienten ein einfacher und zeitnaher Zugang zum Facharzt/ Psychotherapeut ermöglicht werden. Hierfür hat der Gesetzgeber mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Basis geschaffen.

Es gibt zwei strukturierte Zugangswege um Facharzt-/Psychotherapeutentermine zu vermitteln:

- Terminservicestelle (TSS)
- Terminvermittlung vom Hausarzt an den Facharzt/ Psychotherapeuten

In Fällen der Terminvermittlung profitieren sowohl Hausärzte, als auch Fachärzte und Psychotherapeuten finanziell. Näheres zum Thema finden Sie unter:
www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/tsvg/tsvg-ueberblick

Zusätzlich sollen der Terminservicestelle (TSS) Termine zur Vermittlung von Behandlungen gemeldet werden. Informationen dazu finden Sie unter:
www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/it-online-dienste/terminservicestelle

Alles erledigt?

Was	Was ist zu tun	Check
Mit ITP Beratung Kontakt aufnehmen	Zu IT-Themen beraten lassen	
Praxisverwaltungssystem	Bestellen und einrichten lassen	
Telematikinfrastruktur (TI)	bestellen, installieren und einrichten lassen	
elektronischer Heilberufe Ausweis	Bei der Ärztekammer bestellen	
Zugangsdaten Mitgliederportal	Anmelden und eigenes Passwort vergeben (Versendung nach erhalt der Zulassung)	
ProNeo	Anmeldung (nur für Einzelpraxen)	
KV Ident Plus Token	In der Benutzerverwaltung kostenfrei bestellen (über Homepage der KVBW)	
Neuigkeiten im KV-System	KVBW Newsletter & Schnellinfo abonnieren	
KVBW Starterseminar	Kostenlos anmelden und teilnehmen	
MAK Seminarangebot	Kursangebot sichten	
Erstberatung Abrechnung	Termin vereinbaren	
EBM	Lesen, verstehen und anwenden können	
Genehmigungspflichtige Leistungen	Bei der Qualitätssicherung beantragen	
Praxissprechzeiten	Im Onlinetool melden	
Abschlagszahlungen	Mit Ärztebuchhaltung Kontakt aufnehmen	
Abgabetermin der Abrechnung (Quartalsende)	Abrechnung & Sammelerklärung rechtzeitig übermitteln. Abgabetermin auf Website unter www.kvbawue.de/abrechnung oder dem Rundschreiben entnehmen.	
Information zur Gesamtabrechnung / MRM	sichten, prüfen & bearbeiten	
Erste Honorarunterlagen	Termin zur Unterlagenberatung vereinbaren	

Abkürzungen und Legende:

- KVBW: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- KV-Ident Plus Token: kleines elektronisches Gerät, das eine Ziffernkombination generiert, die Sie bei der Anmeldung am Mitgliederportal eingeben. Eine spezielle Software baut einen vom Internet getrennten Tunnel (VPN) auf, in dem die Daten verschlüsselt übermittelt werden.
- ITP-Beratung: IT in der Arztpraxis
- MAK: Managementakademie der KVBW
- EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (Gebührenordnung)

Mein erstes Quartal

1

Vor dem Praxisstart:

- ☐ Erstberatung (EBM) durch die Abrechnungsberatung
- ☐ ProNeo Betreuung anmelden (Angebot gilt für Niedergelassene in Einzelpraxen)
- ☐ Genehmigungspflichtige Leistungen beantragen
- ☐ Praxisverwaltungssystem (PVS) einrichten, BSNR und LANR pflegen
- ☐ Praxisausweis (SMC-B) beim Kartenhersteller bestellen
- ☐ elektronischer Heilberufe Ausweis (eHBA) bei der Landespsychotherapeutenkammer bestellen
- ☐ Telematikinfrastruktur und die zugehörigen Anwendungen einrichten lassen
- ☐ KVBW-Starterseminar anmelden
- ☐ MAK-Seminar Kursangebote sichten

2

Beginn des ersten Quartals

- ☐ Zugangsdaten Mitgliederportal (anmelden und eigenes Passwort vergeben)
- ☐ KV Ident Plus Token bestellen (über das Mitgliederportal)
- ☐ Sprechzeiten über das Onlinetool auf der Homepage an die KVBW melden
- ☐ Abschlagszahlung bei der KV-Ärztebuchhaltung beantragen (Meldung der Therapiestunden für insgesamt zwei Quartale)
- ☐ KVBW-Newsletter und Schnellinfo abonnieren
- ☐ Abrechnungsabgabetermin beachten

3

Zweites Quartal

- ☐ Übermittlung der ersten Quartalsabrechnung per Mitgliederportal oder 1-Click-Abrechnung, Sammelerklärung per Post an die KVBW senden
- ☐ Termin zur Besprechung mit Ihrem ProNeo-Mentor
- ☐ Sichtung Ihrer digitalen Mitgliederrückmeldung (MRM) Das heißt: erste Rückmeldung der KVBW über vorgenommene Korrekturen an Ihrer Quartalsabrechnung. Hier haben Sie die Möglichkeit, Korrekturwünsche zu melden.

4

Drittes Quartal

- ☐ Erhalt der ersten Schlusszahlung und der ersten Honorarunterlagen
- ☐ Terminierung einer Unterlagenberatung mit der Abrechnungsberatung

Folgende Punkte sind jedes Quartal relevant:

- Bei allen Patienten eGK einlesen
- EBM-Änderungen beachten
- Pflege der Patientenakte und taggleiche Eingabe der Abrechnungsziffern
- Sichtung des Quartalsrundschreibens der KVBW, Sammelerklärung liegt diesem in einem Rückumschlag bei und muss korrekt und vollständig ausgefüllt, unterschrieben mit der Quartalsabrechnung eingereicht werden.
- Abrechnungsabgabetermin beachten
- Bei Erstellen der Abrechnung am Quartalsende KBV-Prüfmodul anschauen, ob alle verpflichtenden TI-Fachanwendungen vorliegen (z.B. elektronische Patientenakte)
- Sichtung Ihrer digitalen Mitgliederrückmeldung (MRM).

Legende: ProNeo: Das Unterstützungsangebot für neu niedergelassene Mitglieder in Einzelpraxen für 1 jahr mit persönlichem Mentor.

Cave!

Die elektronische Gesundheitskarte **(eGK)** der Patienten ist grundsätzlich bei jedem ersten Patientenkontakt im Quartal einzulesen.

Die Pflege der Patientenakte und die Abrechnung der **erbrachten Leistungen** sollte möglichst täglich erfolgen. Ebenso die Sichtung der Tageslisten. Dies liegt aber letztendlich in Ihrem Ermessen.

Die Termine zur **Abrechnungsabgabe** werden mit dem Rundschreiben sowie über die Homepage der KVBW bekannt gegeben. Bitte beachten Sie, dass auch die **Sammelerklärung** innerhalb der Abgabefrist vollständig und korrekt im Original an die KVBW zu versenden ist, denn erst dann gilt die Abrechnung als vollständig eingereicht.

Sobald die Bearbeitung Ihrer Abrechnung durch die KV abgeschlossen ist, erhalten Sie die **Information zur Gesamtabrechnung,** auf welcher die sachlich rechnerischen Korrekturen ausgewiesen werden. In diesem Rahmen haben Sie innerhalb der festgesetzten **Korrekturfrist** die Möglichkeit, Berichtigungen der bereits eingereichten Abrechnung zu veranlassen.

Eine Korrektur ist nun auch über das neue Tool MRM im Mitgliederportal möglich. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/mitgliederportal/mitgliederrueckmeldung-mrm

Unterstützung erhalten Sie stets bei Ihrer Abrechnungsberatung unter 0711 7875 - 3397

EBM?

Allgemeines zum EBM und zur Abrechnung in der vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Versorgung

EBM, einheitlicher Bewertungsmaßstab.....

So heißt der bundesweit gültige Leistungskatalog, der abschließend die ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte beinhaltet.
Private Krankenkassen und die Selektivverträge haben eigene Gebührenordnungen oder Leistungskataloge, unabhängig vom EBM und der KV-Abrechnung.

In welcher Form steht der EBM zur Verfügung?

Egal, ob gebunden in Buchform, online als Datei oder als App auf Ihrem Smartphone: der EBM wird künftig Ihre unverzichtbare Lektüre, wenn es um Ihre Kassenabrechnung bei der KV geht.
⇛ Weitere Informationen zum Thema finden Sie auf unserer Webseite unter dem Stichwort "EBM".

Hat jede KV einen eigenen EBM?

Nein, es gibt nur einen EBM für ganz Deutschland. Seine Inhalte sind für alle Beteiligten bindend. Von den Bestimmungen und Inhalten kann nicht abgewichen werden. Der EBM schafft somit bundesweit gleiche Bedingungen für die Abrechnung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Was sind Kassenleistungen und wer legt das fest?

"Vollständiges Leistungsverzeichnis der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung". Das bedeutet, dass die dort aufgeführten Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt sind. Nur diese können von Ihnen als Kassen-Leistungen erbracht bzw. von den Versicherten als solche beansprucht werden.
Zuständig für Festlegung, Inhalt, Wert und Weiterentwicklung des EBM ist der Bewertungsausschuss. Ein Gremium bestehend aus Kassenvertretern und Vertretern der Ärzteschaft.

Warum dürfen die das? Rechtliche Grundlagen

Das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) enthält die "Basisregelungen" des Vertragsarztrechts und sieht unter anderem die Vereinbarung von Verträgen und den Beschluss von Richtlinien vor, die den Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung regeln. Geprägt ist das Vertragsarztrecht vom Gedanken der Selbstverwaltung, d. h. wesentliche Inhalte werden in Gremien vereinbart, die paritätisch mit Ärztevertretern und Krankenkassenvertretern (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss, Zulassungsausschuss, Landesausschuss, Bewertungsausschuss) besetzt sind.
Die Hauptaufgabe des Bewertungsausschusses ist es z.B. den EBM zu erstellen.
Details dazu finden sich in § 87 SGB V und im Bundesmantelvertrag.

Struktur und Aufbau des EBM

Wie ist der EBM aufgebaut?

Die Grundlogik im EBM besteht in der Aufteilung der Leistungen nach Arztgruppen und der Unterscheidung zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen.

Oft werden Leistungen in Pauschalen zusammengefasst. Insgesamt besteht der EBM aus 8 Teilen, die auch Bereiche genannt werden. Diese sind nummerisch (01-60) in Kapitel unterteilt und diese wiederum in einzelne Abschnitte.

Alle Leistungen werden durch einen 5-stelligen Zifferncode: die Gebührenordnungsposition (GOP) dargestellt. Anhand der ersten beiden Ziffern lässt sich erkennen aus welchem Kapitel die Leistung kommt.

Wo finde ich was? Teil I Allgemeine Bestimmungen

In den allgemeinen Bestimmungen werden die Grundregeln und Begrifflichkeiten des EBM aufgeführt und erläutert.

Teil II Arztgruppen übergreifende allgemeine Leistungen Kapitel 01-02

Leistungen wie z.B. Besuche, etc. können sowohl von Hausärzten als auch von Fachärzten oder Psychotherapeuten erbracht werden. Berechnungsfähig sind sie aber nur, wenn sie auch in der eigenen Arztgruppen-Präambel aufgeführt sind.

Teil III Arztgruppen spezifische Leistungen Kapitel 03-27

Die Hauptunterscheidung liegt hierbei in der Trennung zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich. Kapitel 03 und 04 ist den Hausärzten/Kinderärzten vorbehalten.
Der fachärztliche Versorgungsbereich ist in die verschiedenen Arztgruppen wie z.B. Fachärzte für Psychosomatische Medizin, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Neurologen, Psychiater usw. aufgeteilt.

Teil IV Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen Kapitel 30-38

Bei Abrechnung von Leistungen dieses Bereiches, bedarf es einer besonderen Qualifikation, wie z.B. bei den Leistungen der Psychotherapie (Kapitel 35).

Teil V Kostenpauschalen

Das Kapitel 40 enthält verschiedene Kostenpauschalen.

Teil VI Anhänge

In den Anhängen finden sich Übersichten zu nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen (Anhang1), die z.B. in der Grundpauschale bzw. in einer anderen GOP enthalten sind. Es gibt zudem eine Übersicht zu den festgelegten Prüfzeiten lt. Allgemeine Bestimmungen 1.7.

Präambel

Eine besondere Bedeutung im EBM hat die Präambel (Vorwort zum Kapitel). Nahezu jedes Kapitel beginnt mit ihr. Dort sind spezielle Regelungen und Voraussetzungen zum betreffenden Kapitel aufgeführt. Es wird genau festgelegt, wer unter welchen Bedingungen aus diesem Kapitel abrechnen darf und welche Leistungen aus anderen Kapiteln dazu möglich sind.
Manchmal enthält die Präambel aber auch besondere Ausnahmeregelungen zur Abrechnung, die bei der einzelnen GOP so nicht aufgeführt sind.

Obligat/fakultativ

Die einzelnen GOP können Sie nur dann abrechnen, wenn Sie den obligaten Leistungsinhalt vollständig erfüllen und den fakultativen Leistungsinhalt vorhalten und/oder die Leistung auf Grundlage der entsprechenden Richtlinie erbringen.
Der obligate Leistungsinhalt führt auf, was zwingend erbracht werden muss. Ohne die Erfüllung sämtlicher Bestandteile ist die GOP nicht berechnungsfähig.
Der fakultative Leistungsinhalt gibt an, was ggf. notwendig sein könnte, aber nicht grundsätzlich in jedem Fall erbracht werden muss. Es muss aber trotzdem gesichert sein, dass die fakultativen Inhalte von Ihnen erfüllt werden könnten. Sind dort z.B. technische Dinge aufgeführt, müssen Sie diese haben, auch wenn sie nicht in jedem Fall zum Einsatz kommen.

Diagnosen Angabe

Die Angabe der Diagnosen anhand ICD-10, dem international gültigen Diagnosen-Schlüssel, über den das Krankheitsbild und auch die Behandlung definiert wird, ist bei der Abrechnung der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen unumgänglich. Er dient als Abrechnungsbegründung für die abgerechneten GOP und hat große Auswirkung auf das Geld, das von den Kassen an die KV für Ihr Honorar bereitgestellt wird. Die ICD-Kodierung sollte so spezifisch wie möglich angegeben werden. Es gibt eine Kodierungs-Richtlinie. Ihr PVS (Praxis-Verwaltungs-System) und die KBV unterstützen Sie dabei mit speziellen Programmen. Informationen gibt es auch auf unserer Homepage.

Dokumentation

Eine Leistung (GOP) darf nur abgerechnet werden, wenn der Leistungsinhalt vollständig erfüllt ist. So lautet eine der Allgemeinen Bestimmungen im EBM. Neben den obligaten und fakultativen Inhalten

gehört auch die vollständige Dokumentation in der Patientenakte zur vollständigen Leistungserbringung. Im Falle von Prüfungen müssen Sie anhand der Dokumentation die abgerechnete Leistung belegen können.
Lässt sich wegen fehlender Dokumentation nicht nachvollziehen, dass für die abgerechnete GOP alle geforderten Leistungsbestandteile auch wirklich erbracht wurden, kann dies als Falschabrechnung angesehen werden. Hierzu gehört auch die an anderer Stelle erwähnte Berichtspflicht.

Bewertung: wieviel ist die einzelne GOP wert?

Die GOP sind in Punkten bewertet. Dem einzelnen Punkt liegt ein Cent-Betrag (Orientierungspunktwert) zugrunde. Dieser wird jedes Jahr zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgehandelt. Multipliziert man die angegebene Punktzahl mit dem Orientierungspunktwert, erhält man den Wert der Leistung/ GOP als €-Betrag.

Psychotherapeutisch tätige Fachgruppen

Aus welchem Kapitel des EBM Sie abrechnen dürfen, richtet sich nach Ihrer Zulassung.

- Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche - Kapitel 22 des EBM
- Psychologischer Psychotherapeut - Kapitel 23 des EBM
- Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche - Kapitel 23 des EBM
- Ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt - Kapitel 23 des EBM

Psychotherapeutische Leistungen, Kapitel 35 EBM

Das Kapitel ist unterteilt in nicht antragspflichtige Leistungen (Abschnitt 35.1 und 35.3) und antragspflichtige Leistungen (Abschnitt 35.2).

Nicht antragspflichtige Leistungen:

Der Abschnitt 35.1 enthält alle nicht antragspflichtigen Leistungen wie

- die probatorische Sitzung
- Psychotherapeutische Sprechstunde
- Akutbehandlung
- Psychotherapeutische Grundversorgung
- Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter

Abschnitt 35.3 enthält die psychodiagnostischen Testverfahren wie

- standardisierte Testverfahren (GOP 35600)
- psychometrische Testverfahren (GOP 35601
- projektive Verfahren (GOP 35602)

Antragspflichtige Leistungen:

Der Abschnitt 35.2 enthält alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen wie:

- 35.2.1 Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35435)
- 35.2.2 Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35719)
- 35.2.3 Zuschläge
  - 35.2.3.1 Strukturzuschläge (GOP 35571, 35572, 35573)
  - 35.2.3.2 Zuschläge für Kurzzeittherapie (GOP 35591 für Einzelbehandlung und GOP 35593 bis 35599 für Gruppenbehandlungen

Einen Überblick über das ambulante Versorgungsangebot z. B. zu Sprechstunden für Erstgespräche, Akutbehandlung, Gruppentherapie, Psychotherapie per Video finden Sie über die Homepage der KBV:
www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/psychotherapie

Probatorische Sitzungen:

- Diese sind als Einzel- und Gruppensetting möglich
- Ist eine Einzel- und Gruppentherapie mit zwei verschiedenen Therapeuten geplant, so erhöht sich hierdurch nicht die mögliche durchführbare Anzahl von probatorischen Stunden
- Probatorische Stunden im Einzelsetting sind auch als Doppelstunde durchführbar und abrechenbar.

Gruppentherapien:

- Bei Abrechnung von Gruppentherapiestunden ist die Gebührenordnungsposition der entsprechenden Teilnehmerzahl anzugeben.
- Der Vorteil ist nun, dass aufgrund der Änderung der PT-RL die Angabe entfällt, ob es eine große oder kleine Gruppe sein wird.
- Bei Auflösung einer großen Gruppe entfällt ein erneuter Antrag auf eine kleine Gruppe

Akutbehandlung:

- Erfolgt nach der Sprechstunde eine Akutbehandlung, so ersetzt diese die Kurzzeittherapie

Zuschläge zu Kapitel 35

Der EBM regelt wann und welcher Zuschlag über die KV zugesetzt wird und welcher Zuschlag aktiv in der Praxis angesetzt werden soll.

Strukturzuschlag GOP 35571 bis 35573:

Psychotherapeuten erhalten Strukturzuschläge, sobald sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und/oder Sprechstunden bzw. Akutbehandlungen abgerechnet haben. Mit diesem Geld soll ausgelasteten Praxen ermöglicht werden, Praxispersonal zu beschäftigen.

- Mindestpunktzahl vorausgesetzt
  Die dafür erforderliche Mindestpunktzahl beträgt 173.957 Punkte. Rechnerisch entspricht das beispielsweise 194 Einzelsitzungen im Quartal. Gezählt wird die Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152, 35173 bis 35179, der GOP der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 sowie der GOP 37500.

- KV setzt Zuschlag automatisch zu
  Sie müssen die Strukturzuschläge nicht selbst in die Abrechnung eintragen. Die Zuschläge werden automatisch von uns - unabhängig von der Erfüllung weiterer Voraussetzungen - zugesetzt.

- Meldung der Leistungen aus Selektivverträgen

Um für diese Auslastungsquote auch die im Selektivvertrag erbrachten Therapiestunden berücksichtigen zu können, müssen diese in Form sogenannter Pseudo-GOPs in der KV-Abrechnung angegeben werden. Bitte legen Sie für Ihre Selektivpatienten jeweils einen Abrechnungsschein mit der Scheinuntergruppe 00 an, befüllen diesen mit den geforderten Pflichtangaben (Versichertendaten, Diagnose etc.) und geben dann sämtliche selektivvertragliche Leistungen anhand der Pseudo-GOPs 99920-99924, patientenbezogen Taggenau oder am Ende des Quartals gesamthaft an.

Kurzzeittherapie-Zuschläge GOP 35591 bis 35599:

- Diese Zuschläge müssen Sie zu den ersten 10 Kurzzeittherapiesitzungen aktiv abrechnen.
- Um die Zuschläge abrechnen zu können, müssen Sie uns Ihre Sprechzeiten in ausreichendem Umfang (25 Stunden pro Woche bei vollem Praxissitz, bei halbem Sitz die Hälfte) melden.
- Wird anstelle einer KZT 1 eine Akutbehandlung (12x a 50min) durchgeführt und es erfolgt eine Fortsetzung mit KZT 2, so sind die ersten 10 Sitzungen der KZT 2 mit dem Zuschlag zu versehen.

Kontingente und Bewilligungsschritte

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

PSYCHOTHERAPIE FÜR ERWACHSENE: KONTINGENTE UND BEWILLIGUNGSSCHRITTE

VERSORGUNGSANGEBOT				BEWILLIGUNGSSCHRITTE FÜR EINZELTHERAPIE / GRUPPENTHERAPIE BEI ERWACHSENEN IN THERAPIEEINHEITEN*		
				SCHRITT 1	SCHRITT 2	ERLÄUTERUNGEN
Sprechstunde › bis zu 6 x à 25 Min. › Einheiten von 25 oder 50 Min. › 50 Min. Sprechstunde verpflichtend für weitere psychotherapeutische Behandlung	**Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** › bis zu 8 x à 50 Min. › Einheiten von 50 oder 100 Min.			**bis zu 4** anzeigefrei, antragsfrei	-	Zur Vorbereitung auf Gruppentherapie; keine Anrechnung auf nachfolgende Kontingente.
	Akutbehandlung › bis zu 24 x à 25 Min. › Einheiten von 25 oder 50 Min. › Systemische Therapie: Mehrpersonensetting möglich			**bis zu 12** anzeigepflichtig	-	Akutbehandlungsstunden werden mit ggf. folgender Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet.
	Probatorik › verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie › 2 bis 4 x à 50 Min. › Systemische Therapie: Mehrpersonensetting möglich	**Kurzzeittherapie** (AP, ST, TP, VT)		**bis zu 12** antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	**bis zu 24** antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachtenpflichtig.
		Langzeittherapie	**Analytische Psychotherapie (AP)**	**bis zu 160 / 80** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 300 / 150** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	**Rezidivprophylaxe** Ein begrenzter Anteil bewilligter Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann 2 Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Übermittlung des Therapieendes durch Therapeutin/Therapeut über Zusatzziffer erforderlich).
			Systemische Therapie (ST)	**bis zu 36** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 48** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
			Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	**bis zu 60** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 100 / 80** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
			Verhaltenstherapie (VT)	**bis zu 60** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 80** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
	Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Präventionskurse, Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatungsstelle)					

www.kbv.de/psychotherapie

*1 Therapieeinheit = 50 Min. in der Einzeltherapie oder 100 Min. in der Gruppentherapie

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

PSYCHOTHERAPIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE: KONTINGENTE UND BEWILLIGUNGSSCHRITTE

VERSORGUNGSANGEBOT				BEWILLIGUNGSSCHRITTE FÜR EINZELTHERAPIE / GRUPPENTHERAPIE BEI KINDERN (K) UND JUGENDLICHEN (J) IN THERAPIEEINHEITEN*		
				SCHRITT 1	SCHRITT 2	ERLÄUTERUNGEN
Sprechstunde › bis zu 10 x à 25 Min. › Einheiten von 25 und 50 Min. › 50 Min. Sprechstunde verpflichtend für weitere psycho-therapeutische Behandlung	**Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung** › bis zu 8 x à 50 Min., zusätzlich bis zu 2 x à 50 Min. bei Einbeziehung von Bezugspersonen › Einheiten von 50 oder 100 Min.			**bis zu 5** anzeigefrei, antragsfrei	-	Zur Vorbereitung auf Gruppentherapie; keine Anrechnung auf nachfolgende Kontingente.
	Akutbehandlung › bis zu 24 x à 25 Min. oder bis zu 30 x à 25 Min. bei Einbeziehung von Bezugspersonen › Einheiten von 25 oder 50 Min.			**bis zu 12** anzeigepflichtig	-	Akutbehandlungsstunden werden mit ggf. folgender Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet.
	Probatorik › verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie › 2 bis 6 x 50 Min.	**Kurzzeittherapie** (AP, ST, TP, VT)		**bis zu 12** antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	**bis zu 24** antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachtenpflichtig.
		Langzeit-therapie	**Analytische Psychotherapie (AP)**	**K: bis zu 70 / 60** **J: bis zu 90 / 60** antrags- und gutachtenpflichtig	**K: bis zu 150 / 90** **J: bis zu 180 / 90** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	**Rezidivprophylaxe** Ein begrenzter Anteil bewilligter Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann 2 Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Übermittlung des Therapieendes durch Therapeutin/Therapeut über Zusatzziffer erforderlich).
			Systemische Therapie (ST)	**bis zu 36** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 48** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
			Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	**K: bis zu 70 / 60** **J: bis zu 90 / 60** antrags- und gutachtenpflichtig	**K: bis zu 150 / 90** **J: bis zu 180 / 90** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
			Verhaltenstherapie (VT)	**bis zu 60** antrags- und gutachtenpflichtig	**bis zu 80** antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	
		Für die Einbeziehung von Bezugspersonen stehen zusätzliche Therapieeinheiten zur Verfügung. Das Verhältnis der Therapieeinheiten für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche beträgt in der Regel 1:4.				
	Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. schulpsychologische Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie)					

www.kbv.de/psychotherapie

*1 Therapieeinheit = 50 Min. in der Einzeltherapie oder 100 Min. in der Gruppentherapie

Plausibilität und Wirtschaftlichkeit

Die KV ist gesetzlich verpflichtet, Ihre Abrechnung zu prüfen. Daher kann es auch nach der Honorarzahlung noch zu Prüfungen durch die KV sowie die gemeinsame Prüfeinrichtung kommen.

Wirtschaftlichkeitsgebot §12 SGB V

Es gilt, dass eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige sowie zweckmäßige Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten ist.

EBM als Grundlage

Im EBM sind den einzelnen Gebührenordnungspositionen Prüfzeiten zugeordnet (Anhang 3).
Unser System prüft automatisch unter anderem die Prüfzeiten je Arzt und je Praxis. Kommt die KV durch verschiedene Faktoren zu der Erkenntnis, dass eine Abrechnung unplausibel erscheint, kommt es zum Prüfverfahren. Beispiel: Das psychotherapeutische Gespräch verlangt eine Dauer von mindestens 10 Minuten. Stellt unsere Prüfung fest, dass hier im Durchschnitt lediglich 8 Minuten gesprochen wird, so erscheint das unplausibel.

Prüfverfahren

Das konkrete Verfahren zur Durchführung der Prüfungen ist in Richtlinien und der Prüfvereinbarung festgelegt.
Auf Basis der abgerechneten Gebührenordnungspositionen, in Verbindung mit den zugehörigen Prüfzeiten, wird für jeden Tag ein Tagesprofil erstellt und darüber hinaus zusätzlich ein Quartalsprofil.

Ein Prüfkriterium: Zeitprofile

Für diese Prüfungen ist der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand auschlaggebend. Beträgt bei einem vollen Versorgungsauftrag, die Zeitsumme der abgerechneten GOP an mindestens drei Tagen des Quartals mehr als 12 Stunden, oder im Quartalsprofil mehr als 780 Stunden, ist das ein Aufgreifkriterium für eine ergänzende Abrechnungsprüfung. In diesen wird dann überprüft, ob es plausible Erklärungen für die Abweichungen gibt.

- Was ist für eine plausible Abrechnung zu tun?
- Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots
- Vollständige Leistungserbringung
- Berücksichtigung der Leistungslegende und ggf. vorhandenen Abrechnungsbestimmungen-/ Voraussetzungen
- begründende ICD-Angabe
- genaue Dokumentation
- Beachtung von evtl. bestehender Berichtspflicht an den Hausarzt

Woher weiß ich, ob meine Prüfzeiten abweichen?

In Ihrem PVS (Praxisverwaltungssystem) sind die Prüfzeiten der einzelnen GOP hinterlegt. Es kann jederzeit ein Tagesprofil oder Quartalsprofil abgerufen werden. Die Funktionalität erklärt Ihnen Ihr Programmanbieter (Softwarebetreuung).

Abrechnungsmöglichkeiten außerhalb des EBM - Kollektiv? Selektiv?

Kollektivvertrag als Standard

Als Standard für die Abrechnung mit der KV gelten die Regelungen des sogenannten Kollektivvertrags. Hierzu gehören als Basis die Gebührennummern des EBM. Es gibt aber auch weitere Vereinbarungen mit einzelnen Krankenkassen als Ergänzung zu den EBM Leistungen. Für bestimmte Themen schließt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) stellvertretend für die Ärzte und Psychotherapeuten diese Verträge/Vereinbarungen mit den Krankenkassen ab und verhandelt Inhalte und Vergütung. In diesen Fällen rechnen Sie die zutreffenden Gebührennummern über die KV mittels der Quartalsabrechnung ab.

Woher erfahre ich welche KV-Sonderverträge/ Zusatzvereinbarungen es für meine Fachrichtung gibt?

Die einzelnen Verträge mit Informationen zu Inhalten, Teilnahmevoraussetzungen, teilnehmenden Kassen und Vergütung finden Sie auf unserer Webseite unter dem Thema Verträge A-Z.

Selektivvertrag (Psychotherapie)

Als Ergänzung zum Kollektivsystem gibt es Selektivverträge. In Selektivverträgen können Krankenkassen direkt mit einzelnen Psychotherapeuten/Ärzten oder deren Berufsverbänden besondere Versorgungsmodelle und Leistungen analog zur Regelversorgung vereinbaren.
Besonderheit ist, dass die KV hierbei nicht beteiligt ist und die Abrechnung mit einem gesonderten Abrechnungssystem ohne KV, direkt mit der Kasse bzw. über einen gesonderten Abrechnungsdienstleister (z.B. Medi) erfolgt. Die Abrechnung läuft völlig unabhängig von der KV-Abrechnung außerhalb vom KV-System und hat eigene Regelungen. Deshalb erhält die KV von den Kassen für diese Patienten auch keine Gelder.

Das Honorar - kein Buch mit 7 Siegeln

Grundsätzliches zum psychotherapeutischen Honorar

Um welche Fachgruppen geht's?

- Fachpsychotherapeuten für Erwachsene
- Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche
- ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten
- Fachärzten für psychosomatische Medizin

Honorarverteilung

Man unterscheidet zwischen Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Leistungen außerhalb der MGV. Für die oben genannten Fachgruppen ist kein eigenes individuelles Budget vorgesehen und auch sonst keine individuelle Begrenzung je Therapeut.

Das Honorar setzt sich aus Einzelleistungen (100% Vergütung = außerhalb MGV) und den Freien Leistungen (Quotierte Vergütung = innerhalb MGV) zusammen.

Was wird wie bezahlt?

Als Einzelleistungen zu 100%:

- probatorische Sitzung (35150, 35163 bis 35169)
- Sprechstunde (35151)
- Akutbehandlung (35152)
- Gruppentherapeutische Grundversorgung (35173 bis 35179)
- Psychotherapie nach Kapitel 35.2
- Strukturzuschläge (35571 bis 35573)
- Zuschläge zur Kurzzeittherapie nach Kapitel 35.2.3.2 (35591 bis 35599)
- Zuschlag Grundversorgung nach Gebührenordnungsposition (GOP) 22218 und 23218

Als Freie Leistungen quotiert:

- alle Leistungen aus Kapitel 35.1, ausgenommen die oben genannten
- Testverfahren aus Kapitel 35.3 (35600 - 35602)
- Grundpauschalen Kapitel 22 und 23
- Hygienezuschlag 22215 und 23215
- Gesprächsleistungen Kapitel 22 und 23
- Psychotherapeutische Grundversorgung Kapitel 22 und 23

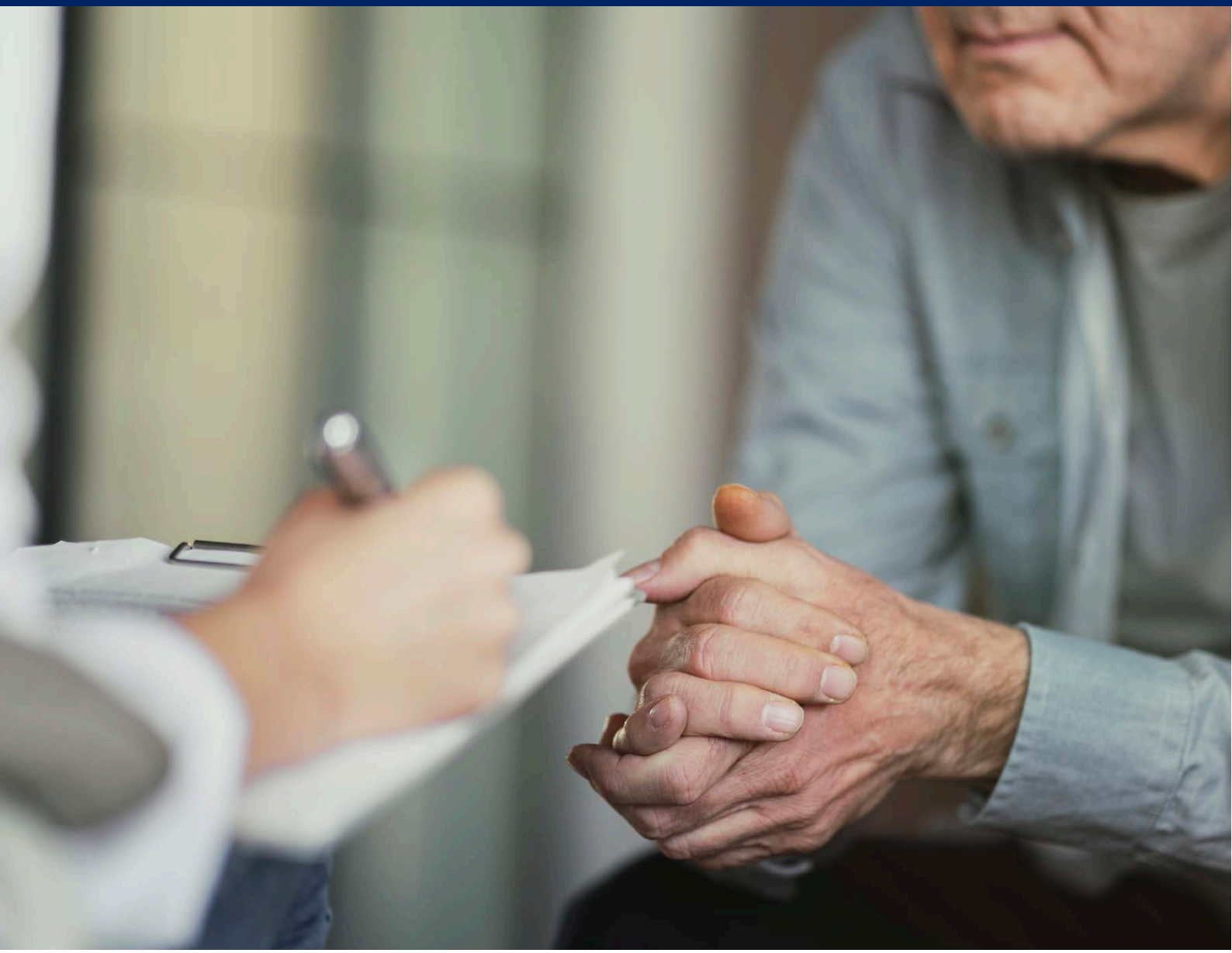
Für die freien Leistungen wird ein Fachgruppentopf gebildet. Diese begrenzte Geldmenge steht einer variablen Leistungsanforderung gegenüber. Die dadurch errechneten Quoten zur Vergütung dieser Leistungen werden immer erst nach Ende eines Abrechnungsquartals ermittelt. Das Ergebnis, also zu welcher Quotenhöhe diese Leistungen vergütet werden, wird quartalsweise mit den Honorarunterlagen zur Verfügung gestellt. Diese Übersicht "Hinweise zur Abrechnung" finden Sie auf unserer Homepage und in Ihrem Dokumentenarchiv.

Honorarunterlagen

Wie sich im Einzelnen Ihr Honorar zusammensetzt, können Sie Ihren Honorarunterlagen entnehmen. Sie sehen dort, welche Leistungen Sie abgerechnet haben und wie diese im Einzelnen vergütet werden. Sie finden Ihre Unterlagen im Mitgliederportal in Ihrem persönlichen Dokumentenarchiv.

Broschüre mit Erläuterungen zu den Abrechnungsunterlagen:
www.kvbawue.de/pdf2135

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0



Lächeln verbindet.