

**Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)**

## **Vereinbarung**

**über die Anwendung von Psychotherapie  
in der vertragsärztlichen Versorgung  
(Psychotherapie-Vereinbarung)**

**Stand: 1. April 2017**

**Inhalt:**

<b>Teil A – Allgemeines</b> .....	<b>3</b>
§ 1 .....	3
<b>Teil B – Zur Ausübung Berechtigte</b> .....	<b>3</b>
§ 2 Genehmigungspflicht .....	3
§ 3 Genehmigungsvoraussetzungen .....	3
§ 4 Genehmigungsverfahren.....	4
§ 5 Fachliche Befähigung ärztlicher Psychotherapeuten .....	4
§ 6 Fachliche Befähigung Psychologischer Psychotherapeuten .....	8
§ 7 Fachliche Befähigung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten .....	10
§ 8 Abrechnung von Leistungen in Einrichtungen gem. § 117 Abs. 3 SGB V .....	12
§ 9 Konsiliarverfahren .....	12
§ 10 Information der Krankenkassen .....	12
<b>Teil C – Durchführung der Behandlung</b> .....	<b>13</b>
§ 11 Antragstellung .....	13
§ 12 Gutachterverfahren .....	15
§ 13 Entscheidung zur Leistungspflicht.....	18
§ 14 Psychotherapeutische Sprechstunde.....	19
§ 15 Psychotherapeutische Akutbehandlung .....	19
§ 16 Rezidivprophylaxe.....	19
<b>Teil D – Abrechnung</b> .....	<b>20</b>
§ 17.....	20
<b>Teil E – Formblätter</b> .....	<b>20</b>
§ 18.....	20
<b>Teil F – Übergangsbestimmungen</b> .....	<b>23</b>
§ 19.....	23
<b>Teil G – Inkrafttreten</b> .....	<b>25</b>
§ 20.....	25
<b>Teil H – Kündigung</b> .....	<b>25</b>
§ 21 .....	25
<b>Protokollnotizen</b> .....	<b>25</b>
<b>Anhang 1 – Formblätter</b> .....	<b>26</b>

## Teil A – Allgemeines

### § 1

- (1) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Anwendung und Umsetzung von Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne dieser Vereinbarung sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung nach den §§ 5 bis 7 die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut, die ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut - nachfolgend Therapeutin bzw. Therapeut benannt -, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie als persönliche Leistung verfügen.
- (3) Für die Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie einschließlich der psychologischen Testverfahren und für die psychosomatische Grundversorgung gelten die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung, auch hinsichtlich ihres Umfangs.
- (4) Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung werden grundsätzlich in den Praxisräumen der Therapeutin oder des Therapeuten erbracht.

## Teil B – Zur Ausübung Berechtigte

### § 2 Genehmigungspflicht

Die Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zulässig.

### § 3 Genehmigungsvoraussetzungen

<sup>1</sup>Die Erfüllung der Voraussetzungen der fachlichen Befähigung ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. <sup>2</sup>Das Verfahren richtet sich nach § 4 dieser Vereinbarung. <sup>3</sup>Die fachliche Befähigung für die Durchführung und Abrechnung der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung gilt als nachgewiesen, wenn die Therapeutin oder der Therapeut über eine Genehmigung nach § 2 zur Durchführung und Abrechnung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie oder Verhaltenstherapie verfügt. <sup>4</sup>Therapeutinnen und Therapeuten, die durch ihren Fachkundenachweis auf die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beschränkt sind, dürfen nur bei Kin-

dem und Jugendlichen Psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlung durchführen.<sup>5</sup>Die Regelungen zur Einbeziehung von Bezugspersonen bleiben davon unberührt.

#### **§ 4 Genehmigungsverfahren**

- (1) <sup>1</sup>Anträge auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie sind an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu stellen. <sup>2</sup>Die erforderlichen Nachweise (z. B. Zeugnisse und Bescheinigungen) sind den Anträgen beizufügen. <sup>3</sup>Über die Anträge und über den Widerruf oder die Rücknahme einer erteilten Genehmigung entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung. <sup>4</sup>Vor Erteilung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie sind die vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen von der Kassenärztlichen Vereinigung zu überprüfen.
- (2) Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie ist zu erteilen, wenn aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen hervorgeht, dass die in den §§ 5 bis 7 genannten fachlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

#### **§ 5 Fachliche Befähigung ärztlicher Psychotherapeuten**

- (1) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nach dem Leistungsinhalt der Gebührenordnungspositionen (GOP) 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35200, 35201, 35251 sowie 35300-35302 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM):
  - durch die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie oder der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden –“ bzw. „Psychotherapie“und
  - durch Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erworben wurden.

<sup>2</sup>Für Ärztinnen und Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erstreckt sich die entsprechende Genehmigung auch auf die Behandlung in Gruppen gemäß Abs. 5.
- (2) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35200, 35201, 35210, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:
  - durch die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“.

- (3) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35220, 35221, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:
- durch die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie oder der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden –“ bzw. „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“
- und
- durch Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie erworben wurden.
- <sup>2</sup>Für Ärztinnen und Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erstreckt sich die entsprechende Genehmigung auch auf die Behandlung in Gruppen gemäß Abs. 5.
- (4) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Psychotherapie im jeweiligen Verfahren bei Kindern und Jugendlichen nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35200, 35201, 35210, 35220, 35221, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:
- durch die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- und
- durch Vorlage von Nachweisen entsprechend Abs. 1, Satz 1, 2. Halbsatz oder Abs. 2 oder Abs. 3, Satz 1, 2. Halbsatz für das jeweilige Verfahren
- oder
- durch die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden –“ bzw. „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“
- und
- durch Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen erworben wurden. <sup>2</sup>Aus den entsprechenden Zeugnissen und Bescheinigungen muss hervorgehen, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Entwicklungspsychologie und Lernpsychologie einschließlich der speziellen Neurosenlehre sowie in der Psychodiagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit mindestens 200 Stunden erworben wurden. <sup>3</sup>Darüber hinaus ist nachzuweisen, dass mindestens vier Fälle analytischer oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit mindestens 200 Stunden insgesamt oder mindestens vier Fälle in Verhaltenstherapie mit insgesamt mindestens 180 Stunden selbstständig unter Supervision – möglichst nach jeder vierten Behandlungsstunde in analytischer

oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder nach jeder dritten Behandlungsstunde in Verhaltenstherapie – durchgeführt und abgeschlossen wurden. <sup>4</sup>Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an anerkannten Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vermittelt worden sein.

- (5) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Psychotherapie als Gruppenbehandlung im jeweiligen Verfahren nach dem Leistungsinhalt der GOP 35202-35208, 35211, 35212, 35222-35225, 35252 und 35253 des EBM:

- durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie) und bei Kindern und Jugendlichen nach Abs. 4

und

- durch die Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen, aus denen sich ergibt, dass Kenntnisse und Erfahrungen in der Gruppentherapie erworben wurden. <sup>2</sup>Aus den entsprechenden Zeugnissen und Bescheinigungen muss hervorgehen, dass eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppenpsychotherapie oder der Verhaltenstherapie in Gruppen erworben wurden. <sup>3</sup>Ist im Rahmen der Weiterbildung diese Qualifikation nicht erworben worden, ist nachzuweisen, dass in mindestens 40 Doppelstunden analytische oder tiefenpsychologisch fundierte bzw. verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung in der Gruppe, in mindestens 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik erworben wurden und mindestens 60 Doppelstunden kontinuierlicher Gruppenbehandlung – auch in mehreren Gruppen unter Supervision von mindestens 40 Stunden – mit tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie oder mit Verhaltenstherapie durchgeführt wurde.

<sup>4</sup>Die Genehmigung zur Gruppenbehandlung wird für das Verfahren erteilt, für das die Erfüllung der in diesem Absatz geforderten Voraussetzungen an die Qualifikation nachgewiesen wurde.

- (6) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung nach dem Leistungsinhalt der GOP 35100 und 35110 des EBM:

- durch den Nachweis einer mindestens dreijährigen Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit

und

- durch die Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, nach denen Kenntnisse in einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre, reflektierte Erfahrungen über die Psychodynamik und therapeutische Relevanz der Arzt-Patient-Beziehung und Erfahrungen in verbalen Interventionstechniken als Behandlungsmaßnahme erworben wurden. <sup>2</sup>Aus entsprechenden Zeugnissen und Bescheinigungen muss hervorgehen, dass entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Umfang von insgesamt mindestens 80 Stunden erworben wurden. <sup>3</sup>Im Rahmen dieser Gesamtdauer müssen gesondert belegt werden:

1. Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapieverfahren erworben wurden,
2. Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (d. h. bei Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr

und

3. Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer.

<sup>4</sup>Die Kenntnisse und Erfahrungen müssen in anerkannten Weiterbildungsangeboten und die Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung bei anerkannten Balint-Gruppenleiterinnen oder Balint-Gruppenleitern bzw. anerkannten Supervisorinnen oder Supervisoren erworben worden sein.

- (7) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von übenden und suggestiven Interventionen (Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) nach dem Leistungsinhalt der GOP 35111-35113 sowie 35120 des EBM:

- durch Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Interventionen im Rahmen der Weiterbildung gemäß Abs. 1 bis 3 erworben wurden

oder

- durch den Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an zwei Kursen von jeweils 8 Doppelstunden im Abstand von mindestens sechs Monaten in den jeweiligen Interventionen.

- (8) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie

- durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie)

und

- durch die Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen, aus denen sich ergibt, dass Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und der EMDR erworben wurden. <sup>2</sup>Ist im Rahmen der Weiterbildung diese Qualifikation nicht erworben worden, ist nachzuweisen, dass in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und EMDR erworben wurden und min-

destens 40 Stunden Einzeltherapie, mit mindestens 5 abgeschlossenen EMDR-Behandlungsabschnitten, unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR durchgeführt wurden. <sup>3</sup>Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

<sup>4</sup>Die Genehmigung wird für die Durchführung der Methode EMDR in dem Verfahren erteilt, für das die Erfüllung der in diesem Absatz geforderten Voraussetzungen an die Qualifikation nachgewiesen wurde.

## § 6 Fachliche Befähigung Psychologischer Psychotherapeuten

- (1) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140, 35141, 35150, 35200, 35201, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:
  - durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.
- (2) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von analytischer Psychotherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35131, 35140, 35141, 35150, 35210, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:
  - durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der analytischen Psychotherapie.
- (3) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140, 35141, 35150, 35220, 35221, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:
  - durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Verhaltenstherapie.
- (4) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Psychotherapie im jeweiligen Verfahren bei Kindern und Jugendlichen nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140, 35141, 35150, 35200, 35201, 35210, 35220, 35221 und 35251 des EBM:
  - durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie)und
  - durch Vorlage von Zeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Entwicklungspsychologie und Lernpsychologie einschließlich der speziellen Neurosenlehre sowie der Psychodiagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit mindestens 200 Stunden erworben wurden. <sup>2</sup>Darüber hinaus ist nachzuweisen, dass mindestens 4 Fälle analyti-

scher oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit mindestens 200 Stunden insgesamt oder mindestens 5 Fälle in Verhaltenstherapie mit mindestens 180 Stunden insgesamt selbstständig unter Supervision – möglichst nach jeder vierten Behandlungsstunde bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder nach jeder dritten bis vierten Behandlungsstunde bei Verhaltenstherapie – bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt und abgeschlossen wurden. <sup>3</sup>Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz erworben worden sein.

- (5) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Psychotherapie als Gruppenbehandlung im jeweiligen Verfahren nach dem Leistungsinhalt der GOP 35202-35208, 35211, 35212 35222-35225, 35252 und 35253 des EBM:

- durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie) und bei Kindern und Jugendlichen nach Abs. 4

und

- durch die Vorlage von Zeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie der psychoanalytisch begründeten Verfahren oder der Verhaltenstherapie erworben wurden. <sup>2</sup>Dabei ist nachzuweisen, dass in mindestens 40 Doppelstunden analytischer oder tiefenpsychologisch fundierter bzw. verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung in der Gruppe, in mindestens 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik erworben wurden und mindestens 60 Doppelstunden kontinuierlicher Gruppenbehandlung, auch in mehreren Gruppen, unter Supervision von mindestens 40 Stunden mit tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie oder mit Verhaltenstherapie durchgeführt wurden. <sup>3</sup>Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz erworben worden sein.

<sup>4</sup>Die Genehmigung wird für das Verfahren erteilt, für das die Erfüllung der in diesem Absatz geforderten Voraussetzungen an die Qualifikation nachgewiesen wurde.

- (6) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von übenden und suggestiven Interventionen (Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) nach dem Leistungsinhalt der GOP 35111-35113, sowie 35120 des EBM:

- durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie)

und

- durch den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Interventionen im Rahmen des Fachkundenachweises gemäß Abs. 1 bis 3

oder

- durch die erfolgreiche Teilnahme an zwei Kursen von jeweils 8 Doppelstunden im Abstand von mindestens 6 Monaten in den jeweiligen Interventionen.

(7) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie

- durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie)

und

- durch die Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen, aus denen sich ergibt, dass Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und der EMDR erworben wurden. <sup>2</sup>Ist im Rahmen der Ausbildung diese Qualifikation nicht erworben worden, ist nachzuweisen, dass in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und EMDR erworben wurden und mindestens 40 Stunden Einzeltherapie, mit mindestens 5 abgeschlossenen EMDR-Behandlungsabschnitten, unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR durchgeführt wurden. <sup>3</sup>Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz erworben worden sein.

<sup>4</sup>Die Genehmigung wird für die Durchführung der Methode EMDR in dem Verfahren erteilt, für das die Erfüllung der in diesem Absatz geforderten Voraussetzungen an die Qualifikation nachgewiesen wurde

## **§ 7 Fachliche Befähigung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

(1) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140, 35141, 35150, 35200, 35201, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:

- durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

(2) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von analytischer Psychotherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35131, 35140, 35141, 35150, 35210, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:

- durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der analytischen Psychotherapie.

(3) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP

35130, 35131, 35140, 35141, 35150, 35220, 35221, 35251 sowie 35300-35302 des EBM:

- durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Verhaltenstherapie.

(4) <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Psychotherapie als Gruppenbehandlung im jeweiligen Verfahren nach dem Leistungsinhalt der GOP 35202-35208, 35211, 35212, 35222-35225, 35252 und 35253 des EBM:

- durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie)

und

- durch die Vorlage von Zeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie der psychoanalytisch begründeten Verfahren oder der Verhaltenstherapie erworben wurden. <sup>2</sup>Dabei ist nachzuweisen, dass in mindestens 40 Doppelstunden analytischer oder tiefenpsychologisch fundierter bzw. verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung in der Gruppe, in mindestens 24 Doppelstunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik erworben wurden und mindestens 60 Doppelstunden kontinuierlicher Gruppenbehandlung, auch in mehreren Gruppen, unter Supervision von mindestens 40 Stunden mit tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie oder mit Verhaltenstherapie durchgeführt wurden. <sup>3</sup>Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz erworben worden sein.

(5) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von übenden und suggestiven Interventionen (Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) nach dem Leistungsinhalt der GOP 35111-35113 und 35120 des EBM:

- durch Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) oder nach Abs. 2 (analytische Psychotherapie) oder nach Abs. 3 (Verhaltenstherapie)

und

- durch den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Interventionen im Rahmen des Fachkundenachweises gemäß Abs. 1 bis 3

oder

- durch die erfolgreiche Teilnahme an zwei Kursen von jeweils 8 Doppelstunden im Abstand von mindestens 6 Monaten in den jeweiligen Interventionen.

(6) Therapeutinnen und Therapeuten, die durch ihren Fachkundenachweis auf die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beschränkt sind, dürfen nur bei Kindern und Jugendlichen tätig werden.

## **§ 8 Abrechnung von Leistungen in Einrichtungen gem. § 117 Abs. 3 SGB V**

Die Abrechnung von Leistungen, die in Einrichtungen erbracht werden, die gemäß § 117 Abs. 3 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, unterliegt der Maßgabe, dass die Leistungen der ambulanten Psychotherapie von Therapeutinnen und Therapeuten mit den in dieser Vereinbarung genannten Qualifikationen erbracht oder durch die Ausbildungsteilnehmerin oder den Ausbildungsteilnehmer frühestens nach Absolvierung der Hälfte der entsprechenden Ausbildung und Nachweis von ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen in dem betreffenden Psychotherapieverfahren unter Supervision dafür qualifizierter Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt werden.

## **§ 9 Konsiliarverfahren**

Das Konsiliarverfahren einschließlich der Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte richtet sich nach den in § 31 der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Bestimmungen.

## **§ 10 Information der Krankenkassen**

- (1) <sup>1</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen quartalsweise ein Verzeichnis derjenigen Therapeutinnen und Therapeuten, bei denen die in den §§ 5 bis 7 genannten Voraussetzungen nachgewiesen worden sind, in elektronischer und weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung. <sup>2</sup>Das Verzeichnis enthält die Namen der Therapeutinnen und Therapeuten, Angaben über deren Gebietsbezeichnung, telefonische Erreichbarkeitszeiten zur Terminkoordination gemäß § 1 Abs. 8 Psychotherapie-Richtlinie sowie die Telefonnummer.
- (2) In diesem Verzeichnis sind die Therapeutinnen und Therapeuten zu kennzeichnen, die berechtigt sind, gemäß § 5 Abs. 4 bzw. § 6 Abs. 4 oder § 7 Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sowie gemäß § 5 Abs. 5 bzw. § 6 Abs. 5 oder § 7 Abs. 4 Psychotherapie in Gruppen durchzuführen.
- (3) Abweichendes von den Regelungen zum Verzeichnis gemäß Abs. 1 können die Partner des Gesamtvertrages vereinbaren.
- (4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt eine Liste der aktuell nach § 12 bestellten Gutachterinnen und Gutachter sowie Obergutachterinnen und Obergutachter und stellt diese zeitnah nach Aktualisierung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer von diesen benannten Stelle und dem GKV-Spitzenverband in elektronischer und weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung.
- (5) <sup>1</sup>Die oder der die Psychotherapie ausführende Therapeutin oder Therapeut zeigt der zuständigen Krankenkasse unverzüglich die Beendigung der Richtlinien-therapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie an (Formblatt PTV 12). <sup>2</sup>Sofern sich eine Rezidivprophylaxe anschließt, ist dies ebenfalls im Formblatt PTV 12 anzugeben.

## Teil C – Durchführung der Behandlung

### § 11 Antragstellung

- (1) <sup>1</sup>Beabsichtigt eine Therapeutin oder ein Therapeut eine Richtlinien-therapie gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie bei entsprechender Indikationsstellung durchzuführen, so empfiehlt er der Versicherten oder dem Versicherten frühestens zu Beginn der probatorischen Sitzungen, einen Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie bei deren oder dessen Krankenkasse zu stellen (Formblatt PTV 1). <sup>2</sup>Der Antrag kann frühestens gestellt werden, wenn die zweite probatorische Sitzung terminiert ist. <sup>3</sup>Im Antrag der Versicherten oder des Versicherten (PTV 1) sind das Datum oder die Daten der in Anspruch genommenen Psychotherapeutischen Sprechstunde anzugeben.
- (2) <sup>1</sup>Je nach Indikation ist festzulegen, ob ein Antrag auf Kurzzeit- oder Langzeittherapie gestellt werden soll. <sup>2</sup>Dem Antrag der Versicherten oder des Versicherten sind Angaben der Therapeutin oder des Therapeuten für die beantragte Therapie auf dem Formblatt PTV 2 beizufügen, die der Begründung der beantragten Therapie dienen.
- (3) <sup>1</sup>Im Formblatt PTV 2 sind die Diagnose und die Anzahl der Therapieeinheiten anzugeben. <sup>2</sup>Eine Therapieeinheit entspricht dabei 50 Minuten in einer Einzelbehandlung und 100 Minuten in einer Gruppenbehandlung.
- (4) <sup>1</sup>Die Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) ist spätestens nach 12 Therapieeinheiten und die Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) ist spätestens nach weiteren 12 Therapieeinheiten abzuschließen. <sup>2</sup>Die Einzelsitzung kann auch in Einheiten von 2 x 25 Minuten unter entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl durchgeführt werden. <sup>3</sup>Die Beantragung der KZT 1 erfolgt frühestens zu Beginn der probatorischen Sitzungen, die Beantragung der KZT 2 ist frühestens nach 7 durchgeführten Therapieeinheiten der KZT 1 möglich. <sup>4</sup>Stellt sich während der Kurzzeittherapie heraus, dass eine Langzeittherapie durchgeführt werden muss, ist die Überführung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie spätestens mit der achten Therapieeinheit der KZT 2 zu beantragen. <sup>5</sup>Wird Kurzzeittherapie in Langzeittherapie übergeführt, ist die bewilligte Kurzzeittherapie auf das Kontingent der Langzeittherapie anzurechnen. <sup>6</sup>Die Krankenkasse hat den Umwandlungsantrag auf Langzeittherapie einer Gutachterin oder einem Gutachter vorzulegen (Gutachterverfahren nach § 34 der Psychotherapie-Richtlinie). <sup>7</sup>Das gleiche gilt, wenn nach Beendigung einer Therapie eine Kurzzeittherapie beantragt werden soll, es sei denn, dass zwischen der Beendigung der Therapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung ein Zeitraum von mehr als zwei Jahren liegt.
- (5) <sup>1</sup>Einem Antrag auf Langzeittherapie und einem Umwandlungsantrag einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie ist neben dem Formblatt PTV 2 für die Krankenkasse ein verschlossener Briefumschlag für die Gutachterin oder den Gutachter (PTV 8) mit folgendem Inhalt beizufügen:
  - Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter gemäß Leitfaden PTV 3,
  - Durchschrift des PTV 2,
  - Durchschrift des Konsiliarberichts, sofern gemäß § 31 Psychotherapie-Richtlinie erforderlich,

– ergänzende Befundberichte, sofern erforderlich.

<sup>2</sup>Dies gilt auch für Anträge gemäß Abs. 4 Satz 7. <sup>3</sup>Der Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter ist von der Therapeutin oder vom Therapeuten vollständig persönlich zu verfassen.

- (6) <sup>1</sup>Führt die Langzeittherapie innerhalb des von der Krankenkasse genehmigten Umfangs nicht zum Erfolg, kann die Versicherte oder der Versicherte einen Antrag auf Fortsetzung der Behandlung stellen (PTV 1). <sup>2</sup>Diesem Antrag wird von der Therapeutin oder von dem Therapeuten das PTV 2 für die Krankenkasse beigefügt. <sup>3</sup>Sofern die Krankenkasse zur Prüfung eine Gutachterin oder einen Gutachter beauftragt, hat sie dies der Therapeutin oder dem Therapeuten unverzüglich mitzuteilen. <sup>4</sup>In diesem Fall werden von der Therapeutin oder vom Therapeuten eine Kopie des PTV 2 für die Krankenkasse sowie ein verschlossener Briefumschlag für die Gutachterin oder den Gutachter (PTV 8) mit Inhalt gemäß Abs. 5 Satz 1 zeitnah an die zuständige Krankenkasse gesandt. <sup>5</sup>Erfolgt keine Einleitung des Gutachterverfahrens hat die Krankenkasse den Fortsetzungsantrag bei Vorliegen der formalen Voraussetzungen innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu genehmigen. <sup>6</sup>Die Sätze 2 bis 4 gelten auch für Anträge, die unter die Regelung gemäß § 13 Abs. 5 fallen.
- (7) <sup>1</sup>Werden im Rahmen einer genehmigten Gruppentherapie Einzelbehandlungen notwendig, die nicht beantragt wurden, können diese in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn Gruppenbehandlungen ohne besondere Antragstellung durchgeführt werden. <sup>2</sup>Dabei sind die Einzelbehandlungen dem genehmigten Kontingent der Gruppenbehandlungen hinzuzurechnen.
- (8) In einer genehmigten Kombinationsbehandlung können Therapieeinheiten im Verhältnis von 50 Minuten Einzelbehandlung zu 100 Minuten Gruppenbehandlung ohne eine Anzeige gegenüber der Krankenkasse in das jeweils andere Setting übertragen werden, sofern sich die überwiegend durchgeführte Anwendungsform nach § 27 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie durch die Übertragung nicht ändert.
- (9) <sup>1</sup>Wird eine Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten durchgeführt, so füllen beide Therapeutinnen bzw. Therapeuten je ein Formblatt PTV 2 aus. <sup>2</sup>Der Antrag der Versicherten oder des Versicherten (PTV 1) und beide PTV 2 sind gemeinsam bei der Krankenkasse einzureichen. <sup>3</sup>Jede Therapeutin oder jeder Therapeut gibt auf dem PTV 2 jeweils die von ihm durchzuführenden Therapieeinheiten an. <sup>4</sup>In einer Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten kann eine Therapeutin oder ein Therapeut jeweils ausschließlich Einzel- oder Gruppenbehandlung durchführen. <sup>5</sup>Bei einer genehmigten Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten ist die Übertragung von Therapieeinheiten gemäß Abs. 8 nur möglich, wenn dies durch beide Therapeutinnen bzw. Therapeuten gemeinsam bei der Krankenkasse angezeigt wird.
- (10) <sup>1</sup>Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es zur Erreichung des Therapieziels notwendig sein, relevante Bezugspersonen einzubeziehen. <sup>2</sup>Dies ist bei der Angabe des Behandlungsumfangs im PTV 2 entsprechend zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Die für diese Einbeziehung vorgesehene Anzahl der Therapieeinheiten soll ein Verhältnis von 1:4 zur Anzahl der Therapieeinheiten der Versicherten oder des Versicherten möglichst nicht überschreiten. <sup>4</sup>Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Anzahl der The-

rapieeinheiten ist der Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der Versicherten oder des Versicherten hinzuzurechnen. <sup>5</sup>Ist eine höhere Anzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten, ist dies im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zu begründen. <sup>6</sup>Wird hierfür eine höhere Anzahl bewilligt, so reduziert sich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der Versicherten oder des Versicherten entsprechend. <sup>7</sup>Stellt sich im Verlauf der Einbeziehung von Bezugspersonen heraus, dass eine Psychotherapie der Bezugsperson notwendig ist, kann diese nicht mit Therapieeinheiten für die Einbeziehung von Bezugspersonen erfolgen.

- (11) <sup>1</sup>Die Einbeziehung der Bezugsperson bzw. Bezugspersonen gemäß Abs. 10 kann auch in Gruppen durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Einbeziehung der Bezugsperson bzw. Bezugspersonen gemäß Abs. 10 ohne eine in denselben Zeitabschnitt fallende, parallel laufende Behandlung der Versicherten oder des Versicherten ist nicht zulässig.
- (12) Probatorische Sitzungen können bis zur Höchstgrenze gemäß § 12 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie auch nach Antragsstellung bis zum Beginn der Richtlinientherapie durchgeführt werden.
- (13) <sup>1</sup>Die Unterbrechung einer Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr ist nur zulässig, wenn sie gegenüber der Krankenkasse formlos begründet wird. <sup>2</sup>Die Durchführung von genehmigten Stunden einer Rezidivprophylaxe gemäß § 14 der Psychotherapie-Richtlinie bleibt hiervon unberührt.
- (14) <sup>1</sup>Maßnahmen einer Gruppenpsychotherapie (bis zu 9 Teilnehmende) können an einem Tag bis zu zweimal je 100 Minuten durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Durchführung einer Einzeltherapie als Doppelsitzung ist nur zulässig bei einer krisenhaften psychischen Situation der Versicherten oder des Versicherten oder bei Anwendung besonderer Methoden der Psychotherapieverfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie. <sup>3</sup>Die Anwendung von besonderen Methoden der Psychotherapieverfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie außerhalb der Praxisräume der Therapeutin oder des Therapeuten ist in der vertragsärztlichen Versorgung nur im unmittelbaren persönlichen Kontakt der Versicherten oder des Versicherten mit der Therapeutin oder dem Therapeuten zulässig.
- (15) Eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung von Partnerinnen oder Partnern oder nahen Familienangehörigen durch dieselbe Therapeutin oder denselben Therapeuten ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen; die Regelungen zur Einbeziehung von Bezugspersonen bleiben hiervon unberührt.

## § 12 Gutachterverfahren

- (1) <sup>1</sup>Das Gutachterverfahren dient dazu festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und in dieser Vereinbarung niedergelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. <sup>2</sup>Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapieverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt.
- (2) Das Gutachterverfahren richtet sich nach § 34 der Psychotherapie-Richtlinie.

- (3) Die Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter ist in § 35 der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt.
- (4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband Gutachterinnen und Gutachter für Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie jeweils für die Dauer von fünf Jahren.
- (5) <sup>1</sup>Die Bestellung von Gutachterinnen und Gutachtern erfolgt alle fünf Jahre nach den in Abs. 6 genannten Kriterien von der bestehenden Gutachterliste und der jeweiligen Bewerberliste. <sup>2</sup>Auf die Bewerberliste werden nach einer ebenfalls alle fünf Jahre im Deutschen Ärzteblatt und dessen Ausgabe PP erfolgenden Ausschreibung durch die Vertragspartner die Bewerberinnen und Bewerber aufgenommen, welche die Qualifikationen nach § 35 der Psychotherapie-Richtlinie nachweisen. <sup>3</sup>Nach Beendigung der Gutachtertätigkeit ist eine erneute Bewerbung zur Aufnahme auf die Bewerberliste nicht möglich. <sup>4</sup>Weiterhin können Gutachterbestellungen von der Bewerberliste auch außerhalb des oben genannten Zeitraums nach entsprechend festgestelltem Bedarf erfolgen.
- (6) <sup>1</sup>Neben den in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Qualifikationen gelten bei der Bestellung der Gutachterinnen und Gutachter nach Abs. 4 folgende übergeordnete Kriterien:
- Regionalverteilung
  - Geschlechtsverteilung
  - Verteilung ärztliche Psychotherapeuten/Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
  - Erfahrungen mit Begutachtungen von Psychotherapie im Rahmen einer Tätigkeit für den MDK
  - besondere Erfahrungen und/oder Zusatzqualifikation in einem speziellen Fach- oder Vertiefungsgebiet (z. B. Gruppentherapie) oder in einem speziellen Aufgabenfeld (z. B. sozialmedizinische Begutachtung)
  - Altersverteilung
  - Tätigkeit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
  - Bereitschaft und Möglichkeit, die für die sachgerechte Begutachtung notwendige Zeit im jeweils erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen
  - Wartezeit auf der Bewerberliste
  - keine herausgehobene Position in Berufsverbänden der Psychotherapie
  - bei Weiterbestellung als Gutachter darf in der Regel kein höheres Lebensalter als 68 Jahre bestehen.
- <sup>2</sup>Laufende Fälle sollen abschließend bearbeitet werden können.
- (7) <sup>1</sup>Die Gutachterinnen und Gutachter haben eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen und sich ggf. an Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Verfahrens zu beteiligen. <sup>2</sup>Der GKV-Spitzenverband

wird regelmäßig über die Ergebnisse informiert. <sup>3</sup>Die Gutachterinnen und Gutachter haben ihre Gutachten in angemessener Frist gegenüber der beauftragenden Krankenkasse zu erstatten. <sup>4</sup>Dabei soll zwischen Eintreffen der Unterlagen bei der Gutachterin oder beim Gutachter und der Absendung des Gutachtens in der Regel kein größerer Zeitraum als zwei Wochen vergehen. <sup>5</sup>Die Gutachterinnen und Gutachter haben urlaubsbedingte Abwesenheiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung rechtzeitig, spätestens aber vier Wochen vor Antritt des Urlaubs, mitzuteilen. <sup>6</sup>Die jährliche urlaubsbedingte Abwesenheit sollte den Zeitraum von zwei Monaten nicht überschreiten.

- (8) Bei Verletzung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Gutachterpflichten durch die Gutachterin oder den Gutachter kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband die Bestellung widerrufen.
- (9) Das Gutachterverfahren wird von der für die Versicherte oder den Versicherten zuständigen Krankenkasse eingeleitet.
- (10) <sup>1</sup>Anträge auf analytische Psychotherapie werden von Gutachterinnen und Gutachtern für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie begutachtet. <sup>2</sup>Anträge auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie werden von Gutachterinnen und Gutachtern für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie oder von Gutachterinnen und Gutachtern für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begutachtet. <sup>3</sup>Anträge auf Verhaltenstherapie werden von Gutachterinnen und Gutachtern für Verhaltenstherapie begutachtet.
- (11) Anträge auf Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen werden unter Berücksichtigung der Regelungen in Abs. 10 von Gutachterinnen und Gutachtern begutachtet, die für die Begutachtung von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen bestellt wurden.
- (12) Anträge auf Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie werden unter Berücksichtigung der Regelungen in den Abs. 10 und 11 von Gutachterinnen und Gutachtern begutachtet, die auch für die Begutachtung von Psychotherapie als Gruppentherapie bestellt wurden.
- (13) Die Therapeutin oder der Therapeut, der den Antrag der Versicherten oder des Versicherten begründet hat, macht auf dem Briefumschlag (PTV 8) die zur Wahl einer oder eines nach den Abs. 10 bis 12 geeigneten Gutachterin oder Gutachters erforderlichen Angaben.
- (14) Sofern die zuständige Krankenkasse bei einem Antrag auf Fortsetzung der Behandlung ein Gutachterverfahren einleitet, soll dieser der Gutachterin oder dem Gutachter zugeleitet werden, die oder der den Erstantrag beurteilt hat.
- (15) <sup>1</sup>Der Gutachterin oder dem Gutachter dürfen sowohl von der behandelnden Therapeutin oder vom behandelnden Therapeuten als auch von der Krankenkasse nur solche Unterlagen zur Verfügung gestellt werden, auf denen die Personaldaten der oder des Versicherten pseudonymisiert sind. <sup>2</sup>Abweichend von den in der Musterberufsordnung der Ärzte und in der Musterberufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festgelegten Aufbewahrungsfristen gelten für die der Gutachterin oder dem Gutachter im Gutachterverfahren zur Verfügung gestellten Unterlagen und ihre oder seine gutachterliche Stellungnahme unter Wahrung

der Schweigepflicht die in Satz 3 genannten Aufbewahrungsfristen. <sup>3</sup>Sie oder er soll die in Satz 1 genannten Unterlagen mindestens zwei Jahre über den von ihr oder ihm befürworteten Behandlungszeitraum hinaus aufbewahren.

- (16) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung benennt im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband Obergutachterinnen und Obergutachter, die dann von den Krankenkassen angerufen werden können, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter Einspruch gegen ihre ablehnende Entscheidung einlegt (§ 13 Abs. 3).
- (17) Der Obergutachterin oder dem Obergutachter sind alle bisherigen Unterlagen, insbesondere auch das ausgefüllte Formblatt PTV 2 des Verfahrens sowie ggf. der Konsiliarbericht, von der behandelnden Therapeutin oder vom behandelnden Therapeuten zur Verfügung zu stellen.
- (18) Für Gutachten und Obergutachten werden die Gebühren zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart.

### **§ 13 Entscheidung zur Leistungspflicht**

- (1) <sup>1</sup>Sind bei Anträgen auf Kurzzeittherapie die Voraussetzungen für die Leistungspflicht erfüllt, so teilt die Krankenkasse dies der Versicherten oder dem Versicherten formlos mit. <sup>2</sup>Sind bei Anträgen auf Langzeittherapie die Voraussetzungen für die Leistungspflicht erfüllt, teilt die Krankenkasse dies der Versicherten oder dem Versicherten und der Therapeutin oder dem Therapeuten, die oder der den Antrag begründet hat, formlos mit.
- (2) Die Mitteilung zur Anerkennung der Leistungspflicht an die Versicherte oder den Versicherten und bei Langzeittherapie auch an die Therapeutin oder den Therapeuten enthält die Anzahl der bewilligten Therapieeinheiten unter Angabe der Gebührenordnungspositionen sowie die Kontaktinformationen einer Ansprechpartnerin oder eines Ansprechpartners für Rückfragen.
- (3) <sup>1</sup>Legt die Versicherte oder der Versicherte gegen die Ablehnung einer Kurzzeittherapie Widerspruch ein, kann die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen. <sup>2</sup>Liegen die formalen Voraussetzungen für die Leistungspflicht bei Anträgen auf Langzeittherapie vor, muss die Krankenkasse vor der Ablehnung eines Antrags eine gutachterliche Stellungnahme einholen. <sup>3</sup>Wurde ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie nach Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme abgelehnt und legt die Versicherte oder der Versicherte Widerspruch gegen diese Entscheidung ein, kann die Krankenkasse ein Obergutachten einholen.
- (4) Verneint die Krankenkasse ihre Leistungspflicht, teilt sie dies der Versicherten oder dem Versicherten und der Therapeutin oder dem Therapeuten, die oder der den Antrag begründet hat, unter Angabe der Kontaktinformationen einer Ansprechpartnerin oder eines Ansprechpartners für Rückfragen formlos mit.
- (5) Die Krankenkasse kann grundsätzlich jeden Antrag einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält.
- (6) Erlischt die Leistungspflicht der Krankenkasse während einer laufenden Behandlung, so unterrichtet sie unverzüglich die die Psychotherapie ausführende Therapeutin bzw. den die Psychotherapie ausführenden Therapeuten.

- (7) Bestätigt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für Psychotherapie aufgrund eines Antragsverfahrens, wird eine zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfung für die bewilligte Psychotherapie nicht durchgeführt.

### **§ 14 Psychotherapeutische Sprechstunde**

- (1) Nach § 11 Abs. 5 der Psychotherapie-Richtlinie kann eine Psychotherapeutische Sprechstunde bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal, bei Kindern und Jugendlichen höchstens zehnmal je Krankheitsfall gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä durchgeführt werden.
- (2) <sup>1</sup>Bedarf eine Versicherte oder ein Versicherter einer Behandlung nach den §§ 12 (Probatorische Sitzung), 13 (Psychotherapeutische Akutbehandlung) und/oder 15 (Psychoanalytisch begründetes Psychotherapieverfahren oder Verhaltenstherapie) der Psychotherapie-Richtlinie, müssen im Quartal der ersten Behandlung und/oder den drei vorherigen Quartalen insgesamt mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde erbracht worden sein. <sup>2</sup>Die in § 11 Abs. 7 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Ausnahmen bleiben von der Regelung in Satz 1 unberührt.

### **§ 15 Psychotherapeutische Akutbehandlung**

- (1) <sup>1</sup>Die Therapeutin oder der Therapeut zeigt der Krankenkasse eine Akutbehandlung spätestens mit ihrem Beginn auf dem Formular PTV 12 an. <sup>2</sup>In dem Formular PTV 12 werden Versichertennummer, Datum des Behandlungsbeginns und Diagnose angegeben. <sup>3</sup>Bei Anzeige einer Akutbehandlung erklärt die Versicherte oder der Versicherte, dass vor Beginn der Akutbehandlung mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde innerhalb der letzten vier Quartale durchgeführt wurden oder Ausnahmetatbestände nach § 11 Abs. 7 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegen.
- (2) Nach § 13 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie kann die Akutbehandlung als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Mal je Krankheitsfall gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä durchgeführt werden.
- (3) <sup>1</sup>Sofern sich an die Akutbehandlung eine Richtlinien-therapie gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie anschließen soll, kann ein entsprechender Antrag erst nach Beendigung der Akutbehandlung im Rahmen der probatorischen Sitzungen gestellt werden. <sup>2</sup>Die erbrachten Stunden der Akutbehandlung werden auf das Therapiekontingent einer Richtlinien-therapie gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie angerechnet.

### **§ 16 Rezidivprophylaxe**

- (1) Für die Rezidivprophylaxe gemäß § 14 der Psychotherapie-Richtlinie ist im Formblatt PTV 2 anzugeben, ob diese nach dem Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden soll, nicht durchgeführt werden soll, oder ob dies zum Zeitpunkt des Antrags noch nicht absehbar ist.

- (2) Wurde eine Langzeittherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe beantragt oder war die Durchführung einer Rezidivprophylaxe bei Antragstellung noch nicht absehbar, können Therapieeinheiten des bewilligten Gesamtkontingents gemäß § 14 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie zur Rezidivprophylaxe genutzt werden.
- (3) Voraussetzung für die Erbringung einer Rezidivprophylaxe ist die Anzeige der Beendigung der Richtlinien-therapie gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der Krankenkasse gemäß § 10 Abs. 5.
- (4) Die Zwei-Jahres-Frist gemäß § 11 Abs. 4 Satz 7 beginnt mit der gemäß § 10 Abs. 5 angezeigten Beendigung der Langzeittherapie und gilt unabhängig von den in diesem Zeitraum in Anspruch genommenen Leistungen der Rezidivprophylaxe.
- (5) Die parallele psychotherapeutische Behandlung neben einer Rezidivprophylaxe ist nicht zulässig.

## Teil D – Abrechnung

### § 17

- (1) Die durchgeführten psychotherapeutischen Leistungen werden über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.
- (2) Während der Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Psychotherapie können Testverfahren nach den GOP 35300-35302 des EBM mit besonderer Begründung bei Kurzzeittherapie bis zu dreimal berechnet werden; bei Langzeittherapie ist eine darüber hinaus gehende zweimalige Berechnung, damit insgesamt bis zu fünfmal, zulässig.
- (3) Die Abrechnung der für die Einbeziehung von Bezugspersonen nach § 11 Abs. 10 bewilligten Therapieeinheiten erfolgt zu Lasten der Krankenkasse der Versicherten oder des Versicherten.
- (4) Leistungen der Einbeziehung von Bezugspersonen sind hinter der Abrechnungsposition mit einem „B“ zu kennzeichnen.
- (5) <sup>1</sup>Leistungen der Rezidivprophylaxe sind hinter der Abrechnungsposition mit einem „R“ zu kennzeichnen. <sup>2</sup>Werden im Rahmen der Rezidivprophylaxe Therapieeinheiten zur Einbeziehung von Bezugspersonen abgerechnet, sind die Leistungen hinter der Abrechnungsposition mit einem „U“ zu kennzeichnen.

## Teil E – Formblätter

### § 18

- (1) Es gelten die folgenden Formblätter:
  1. Überweisung an eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Abklärung somatischer Ursachen und Erstellung des Konsiliarberichtes vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 7) gemäß Anlage 2 des BMV-Ä (Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung).

2. Konsiliarbericht einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführten Psychotherapie (Muster 22) gemäß Anlage 2 des BMV-Ä (Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung).

3. Folgende Formblätter gemäß dieser Vereinbarung:

PTV 1	–	Antrag des Versicherten auf Psychotherapie
PTV 2	–	Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten
PTV 3	–	Leitfaden zur Erstellung des Berichts an den Gutachter
PTV 4	–	Auftrag der Krankenkasse zur Begutachtung
PTV 5	–	Stellungnahme des Gutachters
PTV 6	–	unbesetzt
PTV 7	–	unbesetzt
PTV 8	–	Briefumschlag zur Weiterleitung der Unterlagen an den Gutachter
PTV 9	–	unbesetzt
PTV 10	–	Allgemeine Patienteninformation „Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“
PTV 11	–	Individuelle Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde
PTV 12	–	Anzeige der Akutbehandlung oder der Beendigung einer Psychotherapie

(2) <sup>1</sup>Der Konsiliarbericht (Muster 22) wird im Vierfachsatz erstellt. <sup>2</sup>Das Original ist für die Therapeutin oder den Therapeuten bestimmt (Muster 22a), die erste Durchschrift für die Gutachterin oder den Gutachter (Muster 22b), die zweite Durchschrift zum Verbleib bei der Konsiliarärztin oder beim Konsiliararzt (Muster 22c) und die dritte Durchschrift für die Krankenkasse (Muster 22d).

(3) <sup>1</sup>Das Formblatt PTV 1 (Antrag des Versicherten auf Psychotherapie) wird im Dreifachsatz erstellt. <sup>2</sup>Das Original (PTV 1a) ist für die Krankenkasse, die erste Durchschrift für die Versicherte oder den Versicherten (PTV 1b) und die zweite Durchschrift für die Therapeutin oder den Therapeuten bestimmt (PTV 1c).

(4) <sup>1</sup>Das Formblatt PTV 2 (Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten) wird im Dreifachsatz erstellt. <sup>2</sup>Das Original (PTV 2a) ist für die Krankenkasse

- se bestimmt, die erste Durchschrift für die Gutachterin oder den Gutachter (PTV 2b), die zweite Durchschrift für die Therapeutin oder den Therapeuten bestimmt (PTV 2c).
- (5) Der Leitfaden PTV 3 ist ein Leitfaden für die Therapeutin oder den Therapeuten zur Erstellung des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter.
  - (6) Die Krankenkasse beauftragt die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt PTV 4 unter Beifügung des Formblattes PTV 5 im Dreifachsatz gemäß Abs. 7, eines Freiumschrags für die Rücksendung der Unterlagen an die Krankenkasse und des, vorab von der Therapeutin oder vom Therapeuten an die Krankenkasse versendeten, verschlossenen Briefumschlags gemäß Abs. 8.
  - (7) <sup>1</sup>Das Formblatt PTV 5 wird im Dreifachsatz erstellt. <sup>2</sup>Die Gutachterin oder der Gutachter sendet das Original (PTV 5a) direkt an die Therapeutin oder den Therapeuten, die oder der den Antrag der Versicherten oder des Versicherten begründet hat. <sup>3</sup>Die erste Durchschrift ist zum Verbleib bei der Gutachterin oder beim Gutachter (PTV 5b), die zweite Durchschrift zur Rücksendung an die Krankenkasse bestimmt (PTV 5c).
  - (8) Der Briefumschlag PTV 8 ist ein Briefumschlag zur Versendung des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter gemäß PTV 3 sowie zur Versendung des PTV 2b und ggf. des Konsiliarberichts (Muster 22b) sowie ggf. ergänzender Befundberichte an die Gutachterin oder den Gutachter.
  - (9) Das Formblatt PTV 10 ist ein allgemeines Informationsblatt zur ambulanten Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung, das der Versicherten oder dem Versicherten von der Therapeutin oder vom Therapeuten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 14 ausgehändigt wird.
  - (10) <sup>1</sup>Das Formblatt PTV 11 ist eine individuell zu erstellende Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde und wird im Zweifachsatz erstellt. <sup>2</sup>Das Original (PTV 11a) ist für die Versicherte oder den Versicherten und die erste Durchschrift für die Therapeutin oder den Therapeuten bestimmt (PTV 11b).
  - (11) <sup>1</sup>Das Formblatt PTV 12 (Anzeigeformular) wird im Dreifachsatz erstellt. <sup>2</sup>Das Original (PTV 12a) ist für die Krankenkasse, die erste Durchschrift, bei Anzeige einer Akutbehandlung, für die Versicherte oder den Versicherten (PTV 12b) und die zweite Durchschrift für die Therapeutin oder den Therapeuten (PTV 12c) bestimmt.
  - (12) <sup>1</sup>Die Formblätter PTV 1, PTV 2, PTV 3, PTV 8, PTV 10, PTV 11 und PTV 12 dieser Vereinbarung sowie ggf. Muster 7 und Muster 22 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung hält die Therapeutin oder der Therapeut bereit. <sup>2</sup>Die Formblätter PTV 4 und PTV 5 dieser Vereinbarung hält die Krankenkasse bereit. <sup>3</sup>Die Formblätter PTV 1, PTV 2, PTV 11 und PTV 12 können auch als Blankoformulare entsprechend den dafür festgelegten Vorschriften in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten ausgedruckt werden.
  - (13) Inhalt und Gestaltung der Formblätter sind verbindlich.

## Teil F – Übergangsbestimmungen

### § 19

- (1) <sup>1</sup>Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund der bis zum 31.12.1998 gültigen Psychotherapievereinbarungen eine Abrechnungsgenehmigung erhalten haben, behalten diese in gleichem Umfang. <sup>2</sup>Dies gilt für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die bis zum 31.12.1998 am Delegationsverfahren teilgenommen haben, entsprechend, sofern sie eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten.
- (2) <sup>1</sup>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die nach den Übergangsregelungen in § 95 Abs. 10 SGB V zugelassen worden sind, erhalten die Abrechnungsgenehmigung für das Verfahren, für welches sie gegenüber dem Zulassungsausschuss den Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen geführt haben. <sup>2</sup>Eine Abrechnungsgenehmigung für mehr als ein Verfahren ist nur dann zu erteilen, wenn gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die Erfüllung der Anforderungen nachgewiesen werden, die dem Zulassungsausschuss hätten nachgewiesen werden müssen, um eine entsprechende Zulassung zu erhalten. <sup>3</sup>Voraussetzung für eine Abrechnungsgenehmigung gemäß den Anforderungen nach § 6 Abs. 4 und 5 sowie Abs. 6 oder § 7 Abs. 4 sowie Abs. 5 ist der Nachweis über die Erfüllung der dort jeweils festgelegten Anforderungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.
- (3) <sup>1</sup>Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die nach den Übergangsregelungen gemäß § 95 Abs. 11 SGB V eine Ermächtigung zur Nachqualifikation zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben, erhalten die Abrechnungsgenehmigung für das Verfahren, für welches sie gegenüber dem Zulassungsausschuss den Nachweis von Kenntnissen und Erfahrungen gemäß § 95 Abs. 11 Nr.1 geführt haben. <sup>2</sup>Voraussetzung für eine Abrechnungsgenehmigung gemäß den Anforderungen nach § 6 Abs. 4 und 5 sowie Abs. 6 oder § 7 Abs. 4 sowie Abs. 5 ist der Nachweis über die Erfüllung der dort jeweils festgelegten Anforderungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. <sup>3</sup>Die Abrechnungsgenehmigung ist befristet für den Zeitraum der Ermächtigung zu erteilen. <sup>4</sup>Wird die oder der ermächtigte Psychologische Psychotherapeutin oder Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, ist die entsprechende Abrechnungsgenehmigung unbefristet zu erteilen.
- (4) <sup>1</sup>Diejenigen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine dreijährige ganztägige Ausbildung spätestens bis zum 31.12.2001 oder eine fünfjährige berufsbegleitende Ausbildung spätestens zum 31.12.2003 an einem Ausbildungsinstitut für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, das zum 31.12.1998 als anerkannt gemäß Anlage 1 der bis zum 31.12.1998 gültigen Psychotherapievereinbarungen angesehen werden konnte, erfolgreich mit einer Abschlussprüfung beendet haben, werden als qualifiziert sowohl für die Erbringung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als auch analytischer Psychotherapie nach dieser Vereinbarung angesehen. <sup>2</sup>Dies gilt auch für die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeu-

tinnen und -psychotherapeuten, die eine abgeschlossene Ausbildung an einem zum 31.12.1998 als anerkannt anzusehenden Ausbildungsinstitut nach Anlage 2 der bis zum 31.12.1998 gültigen Psychotherapievereinbarungen bei einer dreijährigen ganztägigen Ausbildung spätestens bis zum 31.12.2001 und bei einer fünfjährigen berufsbegleitenden Ausbildung spätestens bis zum 31.12.2003 nachweisen können.

- (5) Im Hinblick auf Artikel 10 des Psychotherapeutengesetzes gelten die Bestimmungen zum Delegationsverfahren der bis zum 31.12.1998 gültigen Psychotherapievereinbarungen für die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses.
- (6) <sup>1</sup>Bei Kurz- und Langzeittherapien, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, gelten die Bestimmungen der infolge des Beschlusses vom 15. Oktober 2015 geltenden Fassung der Psychotherapie-Richtlinie sowie der zum 1. Oktober 2016 geltenden Psychotherapie-Vereinbarung. <sup>2</sup>Soll eine vor dem 1. April 2017 beantragte Kurzzeittherapie ab dem 1. April 2017 in eine Langzeittherapie umgewandelt werden, gelten die Bestimmungen der infolge der Beschlüsse vom 16. Juni 2016 und 24. November 2016 geltenden Fassung der Psychotherapie-Richtlinie sowie dieser Psychotherapie-Vereinbarung. <sup>3</sup>Bei der Fortführung einer vor dem 1. April 2017 beantragten Langzeittherapie kann ab dem 1. April 2017 die Höchstgrenze der für das Verfahren vorgesehenen Sitzungskontingente nach § 29 der Psychotherapie-Richtlinie beantragt werden.
- (7) <sup>1</sup>Abweichend von § 12 Abs. 4 erfolgt eine Bestellung von Gutachterinnen und Gutachtern ausschließlich für die Begutachtung von Anträgen auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für einen Zeitraum bis zum 30.06.2019 in einem gesonderten Ausschreibungsverfahren. <sup>2</sup>Die Ausschreibung erfolgt im Deutschen Ärzteblatt und seiner Ausgabe PP. <sup>3</sup>Bewerben können sich Therapeutinnen und Therapeuten, die die Voraussetzungen nach § 35 der Psychotherapie-Richtlinie für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erfüllen. <sup>4</sup>Die Vorgaben nach § 12 Abs. 10 werden mit der Bestellung von Gutachterinnen und Gutachtern nach Satz 1 wirksam, bis dahin werden Anträge auf Verhaltenstherapie von den bereits bestellten Gutachterinnen und Gutachtern für Verhaltenstherapie begutachtet, Anträge auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie werden von den bereits bestellten Gutachterinnen und Gutachtern für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie begutachtet.
- (8) Bis zum 31. März 2018 ist die Inanspruchnahme einer Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Abs. 1 Satz 4 der Psychotherapie-Richtlinie vor einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung oder probatorischen Sitzungen für Versicherte nicht obligatorisch.

## **Teil G – Inkrafttreten**

### **§ 20**

<sup>1</sup>Diese Vereinbarung tritt am 1. April 2017 in Kraft. <sup>2</sup>Gleichzeitig tritt die Vereinbarungen über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vom 1. Oktober 2016 außer Kraft.

## **Teil H – Kündigung**

### **§ 21**

<sup>1</sup>Eine gesonderte Kündigung dieser Anlage zum BMV-Ä ist mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres möglich. <sup>2</sup>Durch eine Kündigung werden bereits im Gutachterverfahren bewilligte Fälle nicht berührt. <sup>3</sup>Im Übrigen gilt § 55 BMV-Ä sinngemäß.

## **Protokollnotizen**

1. Die Partner dieser Vereinbarung werden die Regelungen zum Gutachterverfahren weiterentwickeln, die Beratungen sollen bis zum 31.03.2017 abgeschlossen sein.
2. Im Zuge der vorgesehenen Digitalisierung werden die Formulare bis zum 31.12.2017 noch einmal überprüft.

## Anhang 1 – Formblätter

VORABVERSION

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

# Antrag des Versicherten auf Psychotherapie

PTV 1

**Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.**

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

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort



Versicherten-Nr.

Name und Anschrift der Krankenkasse

### Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

Analytische Psychotherapie

Einzeltherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Gruppentherapie

Verhaltenstherapie

Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

### Ich beantrage die Psychotherapie als

Erstantrag

Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

**Bei Erstanträgen bitte angeben:**

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

ja, und zwar am  und ggf. am

nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

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

ja

nein

Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

ja

nein

### Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.

Ausstellungsdatum

Unterschrift des Patienten,  
ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für die Krankenkasse





Name und Anschrift der Krankenkasse

# Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten

PTV 2

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endstellig)

## Antrag des Patienten auf Psychotherapie

für Erwachsene (Erw)

für Kinder und Jugendliche (KiJu)

Analytische Psychotherapie (AP)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)

Verhaltenstherapie (VT)

Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)

Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)

Langzeittherapie (LZT) als

Erstantrag

Umwandlung

Fortführung

ausschließlich Einzeltherapie

ausschließlich Gruppentherapie

Kombinationsbehandlung mit

überwiegend Einzeltherapie

überwiegend Gruppentherapie

die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

## Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM , ,

## Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM  B,  B

### Bei Erstanträgen angeben:

Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt

Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:

1. Sitzung am

2. Sitzung am

### Bei Anträgen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden

ja, mit voraussichtlich  Therapieeinheiten

nein

noch nicht absehbar

ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

## Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als **Einzelbehandlung** , , ,

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als **Gruppenbehandlung** , , ,

Therapieeinheiten in der **Akutbehandlung**

## Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme

## Erklärung des Therapeuten

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung für die Krankenkasse





## Hinweise zum Erstellen des Berichts zum Erst-, Umwandlungs- oder Fortführungsantrag

Die Therapeutin oder der Therapeut erstellt den Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter persönlich und in freier Form nach der in diesem Formblatt vorgegebenen Gliederung und versieht ihn mit Datum und Unterschrift. Der Bericht soll auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein. Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblattes sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. Gliederungspunkte mit einem Zusatz „VT“ sind nur bei einem Bericht zur Verhaltenstherapie, mit dem Zusatz „TP“ nur bei einem Bericht zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und mit dem Zusatz „AP“ nur bei einem Bericht zur analytischen Psychotherapie zu berücksichtigen. Die Angaben können stichwortartig erfolgen. Relevante biografische Faktoren sollen im Rahmen des funktionalen Bedingungsmodells (VT) bzw. der Psychodynamik (TP, AP) dargestellt werden. Der Umfang des Berichts soll i. d. R. zwei Seiten umfassen.

## Bericht zum Erst- oder Umwandlungsantrag

### 1. Relevante soziodemographische Daten

- Bei Erwachsenen: aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder
- Bei Kindern und Jugendlichen: Angaben zur Lebenssituation, zu Kindergarten oder zu Schulart, ggf. Schulabschluss und Arbeitsstelle, Geschwisterzahl und -position, zum Alter und Beruf der Eltern und ggf. der primären Betreuungspersonen

### 2. Symptomatik und psychischer Befund

- Von der Patientin oder dem Patienten geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf; bei Kindern und Jugendlichen diesbezügliche Angaben von Eltern und Bezugspersonen, Informationen aus der Schule
- Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes
- Psychischer Befund
- Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten; bei Kindern und Jugendlichen Krankheitsverständnis der relevanten Bezugspersonen
- Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

### 3. Somatischer Befund/ Konsiliarbericht

- Somatische Befunde (ggf. einschließlich Suchtmittelkonsum)
- ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen (falls vorhanden Berichte beifügen)

### 4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP)

- Psychodynamik (TP, AP): auslösende Situation, intrapsychische Konfliktebene und aktualisierte intrapsychische Konflikte, Abwehrmechanismen, strukturelle Ebene, dysfunktionale Beziehungsmuster
- Funktionales Bedingungsmodell (VT): Verhaltensanalyse, prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen und kurze Beschreibung des übergeordneten Störungsmodells (Makroanalyse)

### 5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

- ICD-10-Diagnose/n mit Angabe der Diagnosesicherheit
- Psychodynamische bzw. neurosenpsychologische Diagnose (TP, AP)
- Differenzialdiagnostische Angaben falls erforderlich

### 6. Behandlungsplan und Prognose

- Beschreibung der konkreten, mit der Patientin oder dem Patienten reflektierten Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen ggf. auch Beschreibung der Therapieziele, die mit den Bezugspersonen vereinbart wurden
- Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan, auch unter Berücksichtigung evtl. vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungstechniken und -methoden; bei Kindern und Jugendlichen Angaben zur geplanten Einbeziehung der Bezugspersonen
- Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl sowie der Behandlungsfrequenz und ggf. auch kurze Darstellung des Gruppenkonzepts; bei Kombinationsbehandlung zusätzlich kurze Angaben zum abgestimmten Gesamtbehandlungsplan
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungsfähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der Bezugspersonen

### 7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

- Bisheriger Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der begleitenden Arbeit mit den Bezugspersonen
- Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie
- Weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

## Bericht zum Fortführungsantrag

(Bei mehreren Berichten zu Fortführungsanträgen sind die Berichte entsprechend fortlaufend zu nummerieren)

1. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht, der Veränderung der Symptomatik und des Behandlungsergebnisses in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen
2. Aktuelle Diagnose/n gemäß ICD-10 und aktueller psychischer Befund, weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren
3. Begründung der Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung, weitere Therapieplanung, geänderte/erweiterte Behandlungsziele, geänderte Behandlungsmethoden und -techniken, Prognose, Planung des Therapieabschlusses, ggf. weiterführende Maßnahmen nach Ende der Therapie



Name und Anschrift des Therapeuten

# Stellungnahme des Gutachters

PTV 5

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

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

Name und Anschrift der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

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

Anfangsbuchstabe  
des Familiennamens | Geburtsdatum  
6-stellig

Bericht vom

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

Eingangsdatum bei der Krankenkasse  
(wie auf Briefumschlag PTV 8 angegeben)

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

Beim Gutachter eingetroffen am

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

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den seitens des Therapeuten begründeten Antrag des Patienten auf Psychotherapie

als erfüllt anzusehen

als nicht erfüllt anzusehen

### Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt 

--	--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

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

insgesamt befürwortet 

--	--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

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

### Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt 

--	--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

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

insgesamt befürwortet 

--	--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

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

### Begründung des Gutachters nur für den Therapeuten bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind
- Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar
- Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie
- Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, unzumutbar) oder nicht ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen
- Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

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

Ausfertigung für den Therapeuten

Stempel / Unterschrift des Gutachters

Name und Anschrift des Therapeuten

# Stellungnahme des Gutachters

PTV 5

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

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

Name und Anschrift der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

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

Anfangsbuchstabe  
des Familiennamens | Geburtsdatum  
6-stellig

Bericht vom

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

Eingangsdatum bei der Krankenkasse  
(wie auf Briefumschlag PTV 8 angegeben)

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

Beim Gutachter eingetroffen am

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

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den seitens des Therapeuten begründeten Antrag des Patienten auf Psychotherapie

als erfüllt anzusehen

als nicht erfüllt anzusehen

### Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt 

--	--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

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

, 

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

insgesamt befürwortet 

--	--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

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

, 

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

### Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt 

--	--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

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

 B, 

--	--	--	--

 B

insgesamt befürwortet 

--	--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

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

 B, 

--	--	--	--

 B

### Begründung des Gutachters nur für den Therapeuten bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

---

---

---

---

---

---

---

---

### Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind
- Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar
- Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie
- Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, unzumutbar) oder nicht ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen
- Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

---

---

---

---

Ausstellungsdatum

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

Stempel / Unterschrift des Gutachters

Ausfertigung für den Gutachter

Name und Anschrift des Therapeuten

# Stellungnahme des Gutachters

PTV 5

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

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

Name und Anschrift der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

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

Anfangsbuchstabe  
des Familiennamens | Geburtsdatum  
6-stellig

Bericht vom

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

Eingangsdatum bei der Krankenkasse  
(wie auf Briefumschlag PTV 8 angegeben)

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

Beim Gutachter eingetroffen am

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

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den seitens des Therapeuten begründeten Antrag des Patienten auf Psychotherapie

als erfüllt anzusehen

als nicht erfüllt anzusehen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt 

--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 

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

, 

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

, 

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

insgesamt befürwortet 

--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 

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

, 

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

, 

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

Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt 

--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 

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

 B, 

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

 B

insgesamt befürwortet 

--	--	--

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 

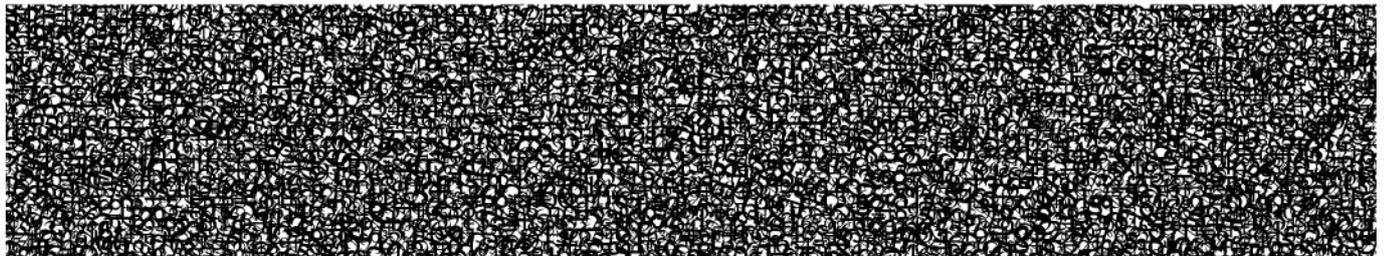
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 B, 

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

 B

Begründung des Gutachters nur für den Therapeuten bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung



Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind
- Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar
- Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie
- Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, unzumutbar) oder nicht ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen
- Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung


Ausstellungsdatum

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

Stempel / Unterschrift des Gutachters

Ausfertigung für die Krankenkasse

# ACHTUNG!

Dieser Briefumschlag ist nur vom Gutachter zu öffnen

## Unterlagen für den Gutachter

PTV 8

Angaben des Therapeuten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Chiffre des Patienten

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

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Eingangsdatum bei der Krankenkasse

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

Name und Anschrift der Krankenkasse

### Gutachterauftrag an einen Gutachter für

- |   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AP und TP        | <input type="checkbox"/> TP   | <input type="checkbox"/> VT |
| <input type="checkbox"/> KiJu             | <input type="checkbox"/> Erw  |                             |
| <input type="checkbox"/> Einzelbehandlung | <input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung |                             |

### Auftragsart

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> LZT Erstantrag | <input type="checkbox"/> LZT Umwandlung | <input type="checkbox"/> LZT Fortführung |
| <input type="checkbox"/> KZT 1          | <input type="checkbox"/> KZT 2          |  |

### Inhalt

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bericht an den Gutachter | <input type="checkbox"/> Konsiliarbericht          |
| <input type="checkbox"/> PTV 2b                   | <input type="checkbox"/> ergänzende Befundberichte |

### Erklärung des Therapeuten

- Ich erkläre, den Bericht an den Gutachter vollständig persönlich verfasst zu haben

Ausstellungsdatum

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

Stempel / Unterschrift des antragsbegründenden Therapeuten

## Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung.

### Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie ist eine Behandlung von psychischen („seelischen“) Erkrankungen mithilfe von wissenschaftlich anerkannten Verfahren, Methoden und Techniken. Psychische Erkrankungen können das Erleben, das Verhalten sowie das geistige und körperliche Wohlbefinden stark beeinträchtigen und mit Leid, Angst, Verunsicherung und Einschränkungen der Lebensqualität einhergehen. Eine Psychotherapie ist dann ratsam, wenn psychische Probleme nicht mehr allein oder mit Hilfe der Familie oder von Freunden gelöst werden können, zu Krankheitserscheinungen führen und die alltäglichen Anforderungen des Lebens nicht mehr bewältigt werden können.

Vor Beginn einer Psychotherapie ist eine Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt zur Frage notwendig, ob körperliche Ursachen für die psychische Erkrankung verantwortlich oder mitverantwortlich sein können.

Alle psychotherapeutischen Behandlungen haben gemeinsam, dass sie über das persönliche Gespräch erfolgen, das durch spezielle Methoden und Techniken ergänzt werden kann (z.B. freie Mitteilung von Gedanken und Einfällen, konkrete Aufgaben um z.B. Ängste zu bewältigen oder spielerisches Handeln in der Therapie von Kindern).

### Wie funktioniert eine Psychotherapie?

Die psychotherapeutische Behandlung hilft seelisches Leid und seelische Krankheit durch das Gespräch mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten mit spezieller Ausbildung zur Behandlung psychischer Erkrankungen zu lindern oder zu bessern. Die Behandlung kann mit der Therapeutin oder dem Therapeuten allein oder im Rahmen einer Gruppentherapie erfolgen. Einzelbehandlungen haben in der Regel eine Dauer von 50 Minuten, Gruppentherapien eine Dauer von 100 Minuten. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es hilfreich und notwendig sein, Bezugspersonen aus dem familiären und sozialen Umfeld mit einzubeziehen. Dies kann im Rahmen von zusätzlichen therapeutischen Gesprächen allein mit den Bezugspersonen erfolgen.

Eine wesentliche Bedingung für das Gelingen jeder Psychotherapie ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut sowie eine Klärung, ob das geplante Psychotherapieverfahren den Erwartungen der Patientin oder des Patienten entgegenkommt. Auf dieser Grundlage bietet Psychotherapie die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen das eigene Erleben und Verhalten sowie Beziehungserfahrungen zu besprechen, zu erleben und zu überdenken und infolge dessen Veränderungen auszuprobieren und herbeizuführen.

### Wer übernimmt die Kosten für eine Psychotherapie?

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Psychotherapie, wenn diese zur Behandlung einer psychischen Erkrankung notwendig ist. Ambulante Psychotherapie ist eine zuzahlungsfreie Leistung. Eine Überweisung ist nicht erforderlich, die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte ist ausreichend. Einen Wechsel der Krankenversicherung muss die Patientin oder der Patient der Therapeutin oder dem Therapeuten zeitnah mitteilen. Im Erstgespräch (Psychotherapeutische Sprechstunde) klärt die Patientin oder der Patient mit der Therapeutin oder dem Therapeuten, ob eine Psychotherapie oder eine andere Maßnahme für die individuelle Problemlage geeignet ist. Eine reine Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung ist keine Psychotherapie und wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Diese Maßnahmen werden von entsprechenden Beratungsstellen, in der Regel kostenfrei, angeboten.

### Wie beantrage ich eine Psychotherapie?

Vor Beginn einer Psychotherapie finden Probegespräche, sogenannte probatorische Sitzungen, statt. Hierbei prüfen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut, ob die „Chemie“ zwischen ihnen stimmt und eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann. Die Therapeutin oder der Therapeut erklärt die Vorgehensweise. Therapieziele, Behandlungsplan und voraussichtliche Therapiedauer werden gemeinsam besprochen und festgelegt. Entscheiden sich Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut für eine Psychotherapie, stellt die Patientin oder der Patient bei ihrer oder seiner Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme der Kosten. Wenn eine Langzeittherapie (mehr als 24 Therapieeinheiten) geplant ist, schreibt die Therapeutin oder der Therapeut zusätzlich einen Bericht zur Begründung der Notwendigkeit der Langzeittherapie. Dieser wird ohne Nennung des Patientennamens in einem verschlossenen Umschlag an eine externe Gutachterin oder einen externen Gutachter zur Prüfung übermittelt. Nach Eingang des Antrags prüft die Krankenkasse, bei Langzeittherapien auch unter Berücksichtigung der gutachterlichen Stellungnahme, ob eine Kostenzusage erfolgen kann und teilt dies der Versicherten oder dem Versicherten mit.

### Wer führt psychotherapeutische Behandlungen durch?

Psychotherapeutische Behandlungen dürfen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie von psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, wenn diese über eine Kassenzulassung verfügen. Neben der psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Erkrankungen kann zusätzlich eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein, die jedoch nur von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden darf.

## **Welche psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?**

### **Psychotherapeutische Akutbehandlung**

Bei besonders dringendem Behandlungsbedarf kann eine Psychotherapeutische Akutbehandlung im Umfang von bis zu 12 Behandlungen zu je 50 Minuten Dauer in Frage kommen. Eine Akutbehandlung dient der Krisenintervention und kann – falls erforderlich – in eine Kurzzeitpsychotherapie oder in eine Langzeitpsychotherapie übergeführt werden. Bereits durchgeführte Therapieeinheiten der Akutbehandlung werden auf die nachfolgende Psychotherapie angerechnet. Für eine Akutbehandlung ist nur das Einzelgespräch vorgesehen.

### **Ambulante Psychotherapie**

Ambulante Psychotherapie kann in allen Psychotherapieverfahren als Einzeltherapie, in einer Gruppe oder als Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden. Die Häufigkeit der Sitzungen kann je nach Verfahren und Behandlungsverlauf variieren und wird individuell von Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut vereinbart. Die Gruppenpsychotherapie nutzt zusätzlich Beziehungserfahrungen und das wechselseitige Lernen zwischen den Patientinnen und/oder den Patienten in der Gruppe für die Psychotherapie.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) entscheidet, welche psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und -methoden als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt sind. Dies sind derzeit:

### **Analytische Psychotherapie**

Die analytische Psychotherapie nimmt an, dass Krankheitssymptome durch konflikthafte unbewusste Verarbeitung von frühen oder später im Leben erworbenen Lebens- und Beziehungserfahrungen verursacht und aufrechterhalten werden. In der therapeutischen Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut spielt das Erkennen und Bewusstmachen von verdrängten Gefühlen, Erinnerungen und Beziehungsmustern, die gegenwärtig Krankheitssymptome verursachen, eine zentrale Rolle. Dadurch kann in der Gegenwart zunächst unverständlich erscheinendes Fühlen und Handeln in der therapeutischen Beziehungsarbeit verstanden und verändert werden.

### **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sieht Krankheitssymptome als Folge von aktuellen Konflikten in Beziehungen oder von nicht bewältigten Beziehungserfahrungen und Konflikten aus früheren Lebensphasen. Diese Konflikte und Erfahrungen können das spätere Leben bestimmen und psychische Erkrankungen zur Folge haben. Ziel der Behandlung ist es, die zugrundeliegenden unbewussten Motive und Konflikte der aktuellen Symptome zu erkennen und sich mit diesen auseinanderzusetzen. Patientin oder Patient werden in der Psychotherapie dabei unterstützt, durch Einsichten in die Zusammenhänge und Ursachen der aktuellen Symptome Veränderungen im Erleben oder Verhalten zu erreichen.

### **Verhaltenstherapie**

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass psychische Beschwerden das Ergebnis von bewussten und nicht-bewussten Lernprozessen sind. Zu Beginn der Behandlung wird gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet, welche Bedingungen seiner Lebensgeschichte und seiner aktuellen Lebenssituation zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Symptomatik beigetragen haben und weiter wirksam sind. Auf dieser Grundlage werden gemeinsam die Therapieziele und der Behandlungsplan festgelegt. In der Verhaltenstherapie wird der Patient zur aktiven Veränderung seines Handelns, Denkens und Fühlens motiviert und angeleitet. Dabei werden die bereits vorhandenen Stärken und Fähigkeiten herausgearbeitet und für den Veränderungsprozess nutzbar gemacht.





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

## Anzeige der Akutbehandlung / PTV 12 Beendigung einer Psychotherapie

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

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort



Versicherten-Nr.

Name und Anschrift der Krankenkasse

### Anzeige einer Akutbehandlung

Beginn am

Diagnose(n)

ICD-10 - GM endstellig

ICD-10 - GM endstellig

ICD-10 - GM endstellig

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

### Erklärung des Patienten bei Anzeige einer Akutbehandlung

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

ja, und zwar am

und ggf. am



nein (*Wenn nein, bitte Folgendes angeben*)

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

ja

nein

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

Datum

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

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

Behandlungsende am

mit

Therapieeinheiten

eine Rezidivprophylaxe wird durchgeführt

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Ausfertigung für die Krankenkasse



