

für folgende Indikationsgebiete Anwendung finden, jedoch nur insoweit und so lange, als aktuelle Störungen vorliegen:

- a) psychoreaktive seelische Störungen von aktuellem Krankheitswert (z. B. Angstneurosen, Phobien, reaktive Verstimmungszustände),
- b) Konversions-, Organneurosen,
- c) vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie.

Findet tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie Anwendung, so sind andere psychotherapeutische Maßnahmen während dieser Zeit nicht angezeigt.

Maßnahmen, die auf eine Umstrukturierung der Persönlichkeit des Patienten — auch nach Beseitigung der aktuellen Störung — hinzelen, gehören nicht zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aktuelle neurotische Störungen sind (im Gegensatz zu chronisch-neurotischen Störungen, bei denen das ursächliche Schwergewicht auf der neurotisch veränderten Gesamtstruktur der Persönlichkeit liegt) solche Störungen, bei denen ein zeitlich und ursächlich abgrenzbarer Zusammenhang der Psychodynamik der Neurose mit einer gegenwärtig wirksamen Konfliktsituation angenommen werden muß.

4. Die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie ist dagegen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bei folgenden Erkrankungen bzw. Zustandsbildern ausgeschlossen:

- a) konstitutionell begründete Zustände (z. B. Schwachsinn, Psychopathie),
- b) chronifizierte neurotische Zustandsbilder, die als Ergebnis einer längeren, die Struktur der Persönlichkeit verändernden Entwicklung aufzufassen sind,
- c) Neurosen, die dem Patienten einen Krankheitsgewinn bringen oder einen solchen für ihn erwarten lassen,
- d) Neurosen, die einen Behandlungserfolg nicht erwarten lassen, weil dafür die subjektiven Voraussetzungen beim Patienten hinsichtlich der Differenzierung seiner Persönlichkeit oder seiner Intelligenzleistung oder durch mangelnden Leidensdruck nicht gegeben sind oder weil die neurotische Persönlichkeitsstruktur oder Fehleinstellung des Patienten dem Behandlungserfolg entgegenstehen,
- e) hirnorganisch begründete psychische Defektzustände (Demenz, epileptische oder hirntraumatische Wänsensveränderungen, auf Hirnatrophie beruhende psychische Syndrome, postencephalitishe Zustandsbilder usw.),
- f) endogene und exogene Psychosen, genuine Epilepsie und andere hirnorganische Anfallsleiden.

B.

Voraussetzung für die Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie

5. Voraussetzung für die Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer psychotherapeutischer Maßnahmen ist das Erheben des körperlichen und seelischen Befundes mit dem Ergebnis, daß psychische Faktoren im Sinne von Nr. 3 an der Entstehung oder dem Fortbestehen der Krankheit verursachend mitwirken.

6. Stellt sich während der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie heraus, daß ein unter Nr. 4 genannter Zustand vorliegt, so ist sie in der kassenärztlichen Versorgung zu beenden. In Fällen nach Nr. 3 ist die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung zu beenden, wenn es sich während der Behandlung erweist, daß die besondere Struktur der Persönlichkeit des Patienten einen Behandlungserfolg nicht erwarten läßt.

C.

Gutachterverfahren

7. Die Krankenkassen bedienen sich zur Prüfung ihrer Leistungspflicht bei Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie (Nummern 758 und 759 der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965) eines Gutachterverfahrens. Näheres soll im Einvernehmen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen geregelt werden.

D.

Inkrafttreten

8. Diese Richtlinien treten am ersten Tag des auf ihre Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Kalendermonats in Kraft (das ist der 1. Oktober 1967 — die Redaktion).

Köln, den 3. Mai 1967

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Dr. Steup

*

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln, schließt mit dem Bundesverband der Ortskrankenkassen, K. d. ö. R., Bad Godesberg, Bundesverband der Landkrankenkassen, K. d. ö. R., Hannover, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K. d. ö. R., Essen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, K. d. ö. R., Köln, als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-A) die nachstehende

Vereinbarung über die Ausübung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung

Teil A

Zur Ausübung Berechtigte

§ 1

1. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie nach den Nummern 754, 758 und 759 der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965 (GOÄ) darf mit Einwilligung der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung jeder Kassenarzt oder an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Arzt ausführen,

- a) der von der Ärztekammer nach der Berufs- und Facharztordnung die Genehmigung erhalten hat, auf seinem Praxisschild den Zusatz „Psychotherapie“ zu führen, oder
- b) der den Nachweis erbracht hat, daß er die Weiterbildungsvoraussetzungen für die Führung des Zusatzes „Psychotherapie“ auf dem Praxisschild erfüllt, wie sie in der vom 59. Deutschen Ärztetag verabschiedeten Berufs- und Facharztordnung für die deutschen Ärzte — in der Fassung mit den von den folgenden Ärztetagen bis 1962 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen — (abgedruckt in „Ärztliche Mitteilungen“, Heft 45 vom 10. 11. 1962, S. 2332') niedergelegt sind.

2. Die in Abs. 1 bezeichneten Leistungen dürfen auch durch Ärzte ausgeführt werden, die von der Kassenärztlichen Vereinigung hierfür nach § 10 Abs. 2 BMV-A ermächtigt worden sind. Mit der Ermächtigung ist der Arzt hinsichtlich seiner ärztlichen Tätigkeit und der Abrechnung seiner Leistungen den für Kassenärzte geltenden Bestimmungen und Richtlinien zu unterwerfen. Die Ermächtigung darf nur solchen Ärzten erteilt werden, welche die Voraussetzungen nach Abs. 1 erfüllen.

3. Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen den Landesverbänden der Krankenkassen mit, welche Ärzte hiernach berechtigt sind, tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie auszuführen.

Teil B

Gutachterverfahren

§ 2

1. Für die Prüfung der Voraussetzungen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie nach der Nummer 758 oder 759 GOÄ wird ein Gutachterverfahren eingerichtet.

2. Gutachter werden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung jeweils für die Dauer von vier Jahren bestellt; hierzu bedarf es der vorherigen Zustimmung der Bundesverbände der Krankenkassen.

3. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Bundesverbänden der Krankenkassen eine Liste der Gutachter zur Verfügung.

§ 3

1. Gutachterpflichtig ist die Behandlung einer Erkrankung durch Anwendung tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie nach der Nummer 758 oder 759 GOÄ von der sechsten Sitzung an.

2. Erneut gutachterpflichtig ist jede Behandlung, die über die Zahl der Sitzungen hinaus fortgesetzt werden soll, für welche die Krankenkasse ihre Leistungspflicht bestätigt hat.

§ 4

1.

a) Wird eine Behandlung nach § 3 gutachterpflichtig, so teilt der Arzt, der die Psychotherapie auszuführen

beabsichtigt, dies der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung ihrer Leistungspflicht unter Angabe der Personalien des Patienten und ggf. des Versicherten (Name, Vorname, Geburtstag, Anschrift) formlos mit. Die Mitteilung hat möglichst bald nach Erhebung der biographischen Anamnese nach Nummer 754 GOÄ — spätestens bis zur sechsten Sitzung (Nummer 758 oder 759 GOÄ) — zu erfolgen.

b) Bei einer Indikation zur Fortsetzung der Behandlung über die Zahl der Sitzungen hinaus, für die die Krankenkasse ihre Leistungspflicht bestätigt hat, ist zur Sicherung einer kontinuierlichen Weiterbehandlung rechtzeitig eine erneute Mitteilung an die Krankenkasse erforderlich.

2. Die Krankenkasse stellt daraufhin dem Arzt zu Beginn der Behandlung die Formblätter

- PT 1 — Antrag des Mitgliedes an die Krankenkasse
- PT 2 — Angaben des Arztes an die Krankenkasse
- PT 3 a — Bericht des Arztes an den Gutachter,

bei Fortsetzung der Behandlung die Formblätter

- PT 1 — Antrag des Mitgliedes an die Krankenkasse
- PT 2 — Angaben des Arztes an die Krankenkasse
- PT 3 b — Bericht des Arztes an den Gutachter
(Fortführung der Behandlung)

sowie einen offenen roten Briefumschlag und einen Freiumschlag für die Rücksendung der ausgefüllten Formblätter zu.

3. Der Arzt sendet die ausgefüllten Formblätter — jedoch Formblatt PT 3 a oder PT 3 b in dem roten Briefumschlag verschlossen — ohne Berechnung eines besonderen Honorars an die Krankenkasse zurück.

4. Die Krankenkasse beauftragt mittels Formblattes PT 4 (Auftragserteilung der Krankenkasse an den Gutachter) den Gutachter zur Erstellung eines Gutachtens und leitet ihm gleichzeitig den ungeöffneten roten Brief sowie vierfach das Formblatt PT 5 (Stellungnahme des Gutachters) zu.

5. Der Gutachter teilt seine Stellungnahme auf dem Formblatt PT 5 in zweifacher Ausfertigung der für den die Psychotherapie ausführenden Arzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und in einer Ausfertigung der Krankenkasse mit. Das vierte Exemplar verbleibt beim Gutachter.

*) Die verlangte besondere Weiterbildung für das Führen des Zusatzes „Psychotherapie“ auf dem Praxisschild setzt voraus:

1. für Ärzte, soweit sie nicht Fachärzte für innere Krankheiten oder Nerven- und Gemütskrankheiten sind: 3 Jahre Weiterbildung, davon 1 Jahr Tätigkeit als Assistenzarzt auf dem Gebiet der Psychiatrie; 2 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie,

2. für den Facharzt für innere Krankheiten und den Facharzt für Kinderkrankheiten:

2 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Weiterbildungsanges zum Facharzt für innere Krankheiten oder Facharzt für Kinderkrankheiten 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie bzw. Kinderpsychiatrie nachgewiesen wird,

3. für den Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten:

1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Weiterbildungsanges zum Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie und 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie oder Psychosomatik nachgewiesen wird.*

6. Sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht erfüllt, so teilt dies die Krankenkasse dem Mitglied auf Formblatt PT 6 a (Mitteilung der Leistungspflicht an das Mitglied) und auf Formblatt PT 7 a (Mitteilung der Leistungspflicht an den Arzt) der Kassenärztlichen Vereinigung zur Weiterleitung an den Arzt mit. Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Arzt auf der Rückseite des Formblattes PT 7 a die Zahl der Leistungen nach Nr. 758 oder 759 GOÄ mit, für die auf Grund des Gutachtens die Voraussetzungen nach § 368 e RVO als erfüllt anzusehen sind.

Die Mitteilung (Formblatt PT 7 a) verliert mit dem Tag ihre Gültigkeit, an welchem dem Arzt von der Krankenkasse die Beendigung ihrer Leistungspflicht bekanntgegeben wird.

7. Ist die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht gegeben, teilt dies die Krankenkasse dem Mitglied auf Formblatt PT 6 b (Ablehnungsbescheid der Krankenkasse an das Mitglied) und auf Formblatt PT 7 c (Mitteilung über die nicht gegebene Leistungspflicht der Krankenkasse an den Arzt) der Kassenärztlichen Vereinigung zur Weiterleitung an den Arzt mit.

8. Sowohl bei einer Anerkennung der Leistungspflicht als auch bei einer Ablehnung derselben legt die Kassenärztliche Vereinigung bei Weiterleitung an den Arzt eine Ausfertigung des Gutachtens (Formblatt PT 5) bei.

§ 5

Hat der Arzt Bedenken gegen eine ablehnende Mitteilung der Krankenkasse, so teilt er dies der Krankenkasse mit, die dann die Einholung eines weiteren Gutachtens (Obergutachten) veranlassen soll. Von der Beantragung eines Obergutachtens gibt der Arzt seiner Kassenärztlichen Vereinigung Kenntnis.

§ 6

Die Gebühr für ein Gutachten bzw. Obergutachten wird zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen gesondert vereinbart.

Teil C

Abrechnung

§ 7

Die Abrechnung von Leistungen nach den Nummern 758 und 759 GOÄ bis einschließlich der fünften Sitzung sowie der Erhebung der biographischen Anamnese nach Nummer 754 GOÄ erfolgt nach dem in der kassenärztlichen Versorgung sonst üblichen Verfahren. Diese Berechnungsmöglichkeit besteht bei demselben Arzt nur einmal für die gesamte tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie, auch dann, wenn zwischenzeitlich der Kostenträger wechselt.

§ 8

1. Die Abrechnung von gutachterpflichtigen Leistungen (§ 3) nach den Nummern 758 und 759 GOÄ hat

die Anerkennung der Leistungspflicht der Krankenkasse (Formblatt PT 7 a) zur Voraussetzung. Die Anerkennung übersendet die Krankenkasse mit einem Satz „Behandlungsausweis für gutachterpflichtige tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie“ (Formblatt PT 7 b) an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Weiterleitung an den die Psychotherapie ausführenden Arzt.

Dieser Behandlungsausweis tritt sowohl bei der gutachterpflichtigen tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie (d. h. die Leistungen nach Nr. 758 bzw. 759 GOÄ von der sechsten Sitzung an) als auch bei allen anderen während des Zeitraums der gutachterpflichtigen Psychotherapie von demselben Arzt erbrachten ärztlichen Leistungen an die Stelle des Behandlungsausweises nach § 8 BMV-A. Er gilt längstens für die Dauer der Behandlung, für die die Krankenkasse ihre Leistungspflicht bestätigt hat, sofern nicht dem Arzt eine besondere Mitteilung der Krankenkasse über eine verkürzte Laufzeit zugeht. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres unter Verwendung eines der Scheine des Formularsatzes.

2. Reicht der Formularsatz nicht aus oder tritt ein Wechsel des Kostenträgers ein, so fordert der die Psychotherapie ausführende Arzt einen neuen Formularsatz bei der zuständigen Krankenkasse an. Die Krankenkasse übermittelt diesen Satz der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Weiterleitung an den Arzt.

§ 9

Gutachterpflichtige Behandlungen, für welche die Kassenärztliche Vereinigung auf Grund des ärztlichen Gutachtens die Voraussetzungen des § 368 e RVO vorab als erfüllt angesehen hat, unterliegen nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungsinstanzen der Kassenärztlichen Vereinigung.

Teil D

Vordrucke

§ 10

1. Es gelten die folgenden Formblätter:

- PT 1 — Antrag des Mitgliedes an die Krankenkasse
- PT 2 — Angaben des Arztes an die Krankenkasse
- PT 3 a — Bericht des Arztes an den Gutachter
- PT 3 b — Bericht des Arztes an den Gutachter (Fortführung der Behandlung)
- PT 4 — Auftragserteilung der Krankenkasse an den Gutachter
- PT 5 — Stellungnahme des Gutachters
- PT 6 a — Mitteilung der Leistungspflicht an das Mitglied
- PT 6 b — Ablehnungsbescheid der Krankenkasse an das Mitglied
- PT 7 a — Mitteilung der Leistungspflicht an den Arzt
- PT 7 b — Behandlungsausweis für gutachterpflichtige tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie
- PT 7 c — Mitteilung über die nicht gegebene Leistungspflicht der Krankenkasse an den Arzt

2. Die Formblätter PT 3 a und PT 3 b sind auf rosa-farbenem Papier, die übrigen Formblätter auf weißem Papier zu drucken. Der Formularsatz PT 7 b ist als selbstdurchschreibender Drucksatz herzustellen.

3. Inhalt und Gestaltung der vereinbarten Formblätter d verbindlich.

Teil E

Inkrafttreten, Kündigung

§ 11

Diese Vereinbarung tritt gleichzeitig mit den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung in Kraft; sie wird damit Bestandteil des BMV-A.

§ 12

Eine gesonderte Kündigung dieser Anlage zum BMV-A ist mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres möglich. Durch eine Kündigung werden bereits im Gutachterverfahren bewilligte Fälle nicht berührt. Im übrigen gilt § 32 BMV-A sinngemäß.

Teil F

Übergangsbestimmungen

§ 13

Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie nach den Nummern 758, 759 GOÄ darf mit Einwilligung der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung jeder zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene oder daran beteiligte Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten ausführen, der seine Facharztanerkennung bis zum 31. Dezember 1962 erhalten und seither tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie ausgeübt hat. § 1 Abs. 3 gilt entsprechend.

Köln/Bad Godesberg/Hannover/Essen, den 14. Juni 1967

Kassenärztliche Bundesvereinigung

gez. Dr. Voges

Bundesverband der Ortskrankenkassen

gez. Stutte

gez. Hartmann

Bundesverband der Landkrankenkassen

gez. Meier

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

gez. Dr. Bischoff

gez. Hubert

Bundesverband der Innungskrankenkassen

gez. Welke

gez. Derwald

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Koblenz werden auf Beschluß des Zulassungsausschusses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen folgende Kassenarztsitze als dringlich zu besetzen ausgeschrieben:

Altenahr, Kreis Ahrweiler, praktischer Arzt.
Anhausen, Kreis Neuwied, praktischer Arzt.

Dem Bewerber stehen Wohn- und Praxisräume zur Verfügung.

Bendorf, Kreis Koblenz-Land, praktischer Arzt.
Hundsangen/Unterwesterwaldkreis, praktischer Arzt.

Dem Bewerber stehen Wohn- und Praxisräume zur Verfügung.

Koblenz-Neuendorf — Wallersheim, praktischer Arzt.
Linz, Kreis Neuwied, praktischer Arzt.
Neuwied/Rhein, Facharzt für Frauenkrankheiten.
Rüdesheim-Roxheim, Kreis Kreuznach, praktischer Arzt.
Wallmerod/Oberwesterwaldkreis, praktischer Arzt.

Anträge auf Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit mit den nach § 18 der Zulassungsordnung vom 28. 5. 1957 erforderlichen Unterlagen können bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Ärzte für die Regierungsbezirke Koblenz und Montabaur in Koblenz, Emil-Schüller-Straße 14—16, Postfach 1049, Telefon 02 61/3 19 64, eingereicht werden.

*

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden ist folgender Kassenarztsitz als dringlich zu besetzen ausgeschrieben:

Erzingen, Kreis Waldshut, praktischer Arzt.

In Erzingen ist die durch den Wegzug einer praktischen Ärztin frei gewordene Kassenarztstelle vordringlich zu besetzen. Wohn- und Praxisräume stehen ab sofort zur Verfügung; sie werden gegebenenfalls, zum 1. November 1967 anderweitig vermietet. Bewerbungen können an den Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Südbaden, Freiburg, Ludwigstraße 23, gerichtet werden.

*

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden, Geschäftsstelle Karlsruhe, werden folgende Kassenarztsitze als dringlich zu besetzen ausgeschrieben:

Mühlbach, Kreis Sinsheim, praktischer Arzt.

Rettigheim, Kreis Heidelberg, praktischer Arzt.

Antrag auf Zulassung kann mit den nach § 18 der Zulassungsordnung vom 28. 5. 1957 erforderlichen Unterlagen bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Ärzte im Zulassungsbezirk Nordbaden, Karlsruhe, Wendtstraße 11, eingereicht werden.