

## Kassenärztliche Bundesvereinigung

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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln, schließt mit dem Bundesverband der Ortskrankenkassen, K. d. ö. R., Bonn-Bad Godesberg, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K. d. ö. R., Essen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, K. d. ö. R., Köln, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K. d. ö. R., Kassel, als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) 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 und analytische Psychotherapie nach dem Leistungsinhalt der Nrn. 754, 758, 758 a, 759 und 759 a des Bewertungsmaßstabes-Ärzte (BMÄ) darf mit Einwilligung der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung jeder Kassenarzt oder an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Arzt ausüben, der der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Nachweis erbracht hat, daß er folgende Voraussetzungen erfüllt:

a) Soweit er nicht Internist, Kinderarzt oder Nervenarzt ist: drei Jahre Weiterbildung, davon ein Jahr Tätigkeit als Assistenzarzt auf dem Gebiet der Psychiatrie; zwei Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie.

b) Soweit er Internist oder Kinderarzt ist: zwei Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Wei-

terbildungsganges zum Internisten oder Kinderarzt ein Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie bzw. Kinderpsychiatrie nachgewiesen wird.

c) Soweit er Nervenarzt ist: ein Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Weiterbildungsganges zum Nervenarzt ein Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie und ein Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie oder Psychosomatik nachgewiesen wird.

(2) Die in Abs. 1 bezeichneten Leistungen dürfen auch durch Ärzte ausgeführt werden, die von der Kassenärztlichen Vereinigung hierfür nach § 10 Abs. 2 BMV-Ä 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 und den örtlich zuständigen Stellen der landwirtschaftlichen Krankenkassen mit, welche Ärzte hiernach berechtigt sind, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie auszuführen. Dabei sind die Ärzte, die auf Grund ihrer besonderen Kenntnisse und Erfahrungen geeignet sind, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie auch bei Kindern und Jugendlichen durchzuführen, besonders kenntlich zu machen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen kennzeichnen auf den Listen nach Abs. 3 die Ärzte, welche berechtigt sind, für die Durchführung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie einen nichtärztlichen Psychotherapeuten bzw. Psychagogen hinzuzuziehen.

§ 2 (1) Ein zur Ausübung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie berechtigter Arzt darf einen nichtärztlichen Psychotherapeuten oder Psychagogen (nichtärztlicher Psy-

chotherapeut für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen) zur Behandlung hinzuziehen, wenn er selbst überwiegend tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführt. Das Hinzuziehen eines Psychagogen ist jedoch nur bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zulässig.

(2) Der nichtärztliche Psychotherapeut muß eine abgeschlossene akademische Ausbildung als Diplompsychologe an einer deutschen Universität oder Hochschule absolviert haben und daneben eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Institut nachweisen. Der Psychagoge muß ebenfalls eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Institut nachweisen. Eine Liste über die anerkannten Institute in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen herausgegeben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt fest, ob eine im Ausland abgeschlossene akademische Ausbildung oder die Ausbildung an einem ausländischen Institut als gleichwertig anzusehen ist.

(3) Der ärztliche Psychotherapeut, der einen nichtärztlichen Psychotherapeuten oder Psychagogen hinzuzieht, hat sich vorher zu vergewissern, daß dieser die in Abs. 2 genannten Voraussetzungen erfüllt, und hat dieses der KV gegenüber nachzuweisen. Die Kassenärztliche Vereinigung führt eine Liste derjenigen nichtärztlichen Psychotherapeuten und Psychagogen, bei denen ihr die in Abs. 2 genannten Voraussetzungen nachgewiesen worden sind.

#### Teil B: Durchführung der Behandlung

§ 3 Für die Durchführung von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie nach den Nummern 754, 758, 758 a, 759 und 759 a BMÄ sowie für psychologische Testverfahren nach den Nummern 751, 752 und 753 BMÄ gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit.

§ 4 (1) Beabsichtigt ein zur Ausübung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie berechtigter Arzt zu der Behandlung einen nichtärztlichen Psychotherapeuten oder einen Psychagogen hinzuzuziehen, so hat er die Indikation zur tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psycho-

#### Anmerkung der Redaktion:

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 27. Januar 1976 wurden in Heft 24/1976 veröffentlicht.

## Psychotherapie-Vereinbarung

therapie selbst zu stellen. Bei der Hinzuziehung hat er dazu die Leistungen nach der Nr. 754 BmÄ und ggf. die ersten fünf nicht gutachterpflichtigen Leistungen (§ 7 Abs. 1 dieser Vereinbarung) selbst zu erbringen, jedoch können von den ersten fünf nicht gutachterpflichtigen Leistungen eine – ausnahmsweise zwei – durch den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten bzw. Psychagogen erbracht werden.

(2) Der Antrag auf Durchführung des Gutachterverfahrens ist auf dem entsprechenden Formblatt vom Arzt zu stellen, und zwar unter Angabe der voraussichtlichen Dauer und Art der Behandlung (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie, Einzel- oder Gruppentherapie, Anzahl der Sitzungen) und ggf. der Absicht, bei der Durchführung der Psychotherapie einen nichtärztlichen Psychotherapeuten oder Psychagogen hinzuzuziehen.

Beim Abschluß einer Behandlung oder rechtzeitig vor Ablauf der genehmigten Anzahl der Sitzungen (vgl. § 9 Abs. 1) ist der Patient dem zuweisenden ärztlichen Psychotherapeuten zur Entscheidung darüber vorzustellen, ob

- a) die Behandlung als beendet angesehen werden kann oder
- b) vom ärztlichen Psychotherapeuten ein Antrag auf Verlängerung der Behandlung zu stellen ist.

§ 5 (1) Zur tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie bei Kindern oder Jugendlichen kann sich eine begleitende Psychotherapie der Beziehungsperson als notwendig erweisen. Die begleitende Einzelbehandlung von Beziehungspersonen kann hinsichtlich ihrer Häufigkeit im Verhältnis bis höchstens 1:4 zu der Behandlung des Kindes oder Jugendlichen stehen. Die begleitende Gruppenbehandlung von Beziehungspersonen kann hinsichtlich der Häufigkeit im Verhältnis bis höchstens 1:2 zur Stundenzahl der Behandlung des Kindes oder Jugendlichen stehen. Beziehungspersonen in diesem Sinne können mit dem Kind oder Jugendlichen in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen sein, in der Regel Familienangehörige des Kindes oder Jugendlichen.

(2) Eine begleitende Psychotherapie der Beziehungsperson ohne eine in denselben Zeitabschnitt fallende, parallel laufende Behandlung des Kindes oder Jugendlichen ist nicht zulässig.

(3) Eine begleitende Psychotherapie der Beziehungsperson kann, wenn das

Kind oder der Jugendliche stationär in einer Klinik psychotherapeutisch behandelt wird, auch an einem anderen als dem Ort der Klinik, z. B. am Wohnort der Beziehungsperson, erfolgen. Der Therapeut der Beziehungsperson hat mit dem Therapeuten des Kindes zusammenzuarbeiten.

### Teil C: Gutachterverfahren

§ 6 (1) Für die Prüfung der Voraussetzungen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie nach den Nummern 758, 758 a, 759 und 759 a BmÄ 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.

§ 7 (1) Gutachterpflichtig ist die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von der sechsten Sitzung an. Dabei hat sich der Gutachter auch zu der beabsichtigten Hinzuziehung eines nichtärztlichen Psychotherapeuten oder eines Psychagogen zu äußern.

(2) Gutachterpflichtig ist im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen auch eine evtl. notwendig werdende begleitende Psychotherapie der Beziehungspersonen.

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

§ 8 Eine im Rahmen einer genehmigten Gruppentherapie notwendig werdende Einzelbehandlung kann im Verhältnis von Einzel- zu Gruppenbehandlung wie 1:10 ohne erneute Gutachteneinholung durchgeführt werden.

§ 9 (1) Wird eine Behandlung nach § 7 gutachterpflichtig, so schickt der Arzt, der die Psychotherapie durchzuführen beabsichtigt, die ausgefüllten Formblätter PT 1, PT 2 an die zuständige Krankenkasse zur Prüfung ihrer Leistungspflicht. Gleichzeitig fügt er das ausgefüllte Formblatt PT 3a/PT 3 a (K) oder PT 3b/PT 3b (K) verschlossen in einem

zur Verfügung gestellten roten Briefumschlag dem Antrag auf Erstellung eines Gutachtens bei. Die Antragstellung hat möglichst bald nach Erhebung der biographischen Anamnese – spätestens bis zur sechsten Sitzung – zu erfolgen.

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 ein erneuter Antrag, Formblatt PT 3b/PT 3b (K), an die Krankenkasse erforderlich.

(2) Sofern der Arzt beabsichtigt, bei der beantragten Psychotherapie einen nichtärztlichen Psychotherapeuten/ Psychagogen hinzuzuziehen, ist das Formblatt PT 3c (Mitteilung des Arztes über die Hinzuziehung eines nichtärztlichen Psychotherapeuten/ Psychagogen) der Krankenkasse in zweifacher Ausfertigung zuzuleiten.

(3) Die Krankenkasse beauftragt mittels Formblatt PT 4 (Auftragserteilung der Krankenkasse an den Gutachter) den Gutachter zur Erstellung eines Gutachtens und leitet ihm gleichzeitig den ungeöffneten roten Briefumschlag sowie vierfach das Formblatt PT 5 (Stellungnahme des Gutachters) zu; ggf. ist eine Ausfertigung des Formblattes PT 3c beizufügen.

(4) 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.

(5) Sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht erfüllt, so teilt dies die Krankenkasse dem Mitglied auf Formblatt PT 6a (Mitteilung der Leistungspflicht an das Mitglied) und auf Formblatt PT 7a (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 7a mit, für welche Leistungen auf Grund des Gutachtens die Voraussetzungen nach § 368 e RVO als erfüllt anzusehen sind. Die Mitteilung (Formblatt PT 7a) verliert mit dem Tag ihre Gültigkeit, an welchem dem Arzt von der Krankenkasse die Beendigung ihrer Leistungspflicht bekanntgegeben wird.

(6) Ist die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht gegeben, teilt dies die

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

(7) 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.

§ 10 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. Eine schriftliche Begründung für den Einspruch gegen das Erstgutachten ist zusammen mit dem Formblatt PT 3a/PT 3a (K) und ggf. PT 3b/PT 3b (K) zur Weiterleitung an den Obergutachter in einem verschlossenen roten Briefumschlag beizufügen. Von der Beantragung eines Obergutachtens gibt der Arzt seiner Kassenärztlichen Vereinigung Kenntnis.

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

#### Teil D: Abrechnung

§ 12 (1) Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten (Nr. 758 oder 758 a BMÄ) und analytischen (Nr. 759 oder 759 a BMÄ) Psychotherapie bis einschließlich der fünften Sitzung sowie die Erhebung der biographischen Anamnese unter neurosen-psychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung (Nr. 754 BMÄ) werden nach dem in der kassenärztlichen Versorgung sonst üblichen Verfahren abgerechnet. Diese Berechnungsmöglichkeit besteht bei demselben Arzt nur einmal für die gesamte Dauer der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie, auch dann, wenn zwischenzeitlich der Kostenträger wechselt.

(2) Psychologische Testverfahren (Nrn. 751, 752 und 753 BMÄ) können zur Einleitung einer tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie aus differentialdiagnostischen Gründen und zur Abschätzung der Prognose angewandt werden. Diese Untersuchungen dürfen anlässlich eines Antrages auf Fortführung der Psychothe-

rapie (PT 3b bzw. PT 3b (K)) wiederholt werden und in diesem Fall in gleicher Form wie die probatorischen Sitzungen nach dem in der kassenärztlichen Versorgung üblichen Verfahren abgerechnet werden.

§ 13 (1) Die Abrechnung von gutachterpflichtigen Leistungen (§ 7) der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie hat die Anerkennung der Leistungspflicht der Krankenkasse (Formblatt PT 7a) zur Voraussetzung. Die Mitteilung über die Anerkennung übersendet die Krankenkasse mit einem Formularsatz „Behandlungsausweis für gutachterpflichtige tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie“ (Formblatt PT 7b) an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Weiterleitung an den die Psychotherapie ausführenden Arzt.

(2) Dieser Behandlungsausweis tritt sowohl bei der gutachterpflichtigen tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie als auch bei allen anderen während des Zeitraums der gutachterpflichtigen Psychotherapie von demselben Arzt erbrachten ärztlichen Leistungen – mit Ausnahme der Testverfahren (vgl. § 12 Abs. 2) – an die Stelle des Behandlungsausweises nach § 8 BMV-Ä.

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 vorzeitige Beendigung der Leistungspflicht zugeht. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt jeweils nach Ablauf eines Kalendervierteljahres unter Verwendung eines der Scheine des Formularsatzes.

(3) 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.

§ 14 (1) Eine eventuell notwendig werdende begleitende Psychotherapie der Beziehungsperson bei einer tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist in der Abrechnung durch ein „B“ hinter der Nummer des BMÄ kenntlich zu machen. Die Abrechnung selbst wird auf dem Behandlungsausweis des Kindes bzw. Jugendlichen vorgenommen.

(2) Die Abrechnung von begleitender Psychotherapie der Beziehungsperson ist nur mit der Abrechnung der in denselben Zeitraum fallenden Behandlung des Kindes oder Jugendlichen möglich.

§ 15 (1) Hinsichtlich der Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie erbracht werden, bestehen Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen dem zur Ausübung der Psychotherapie berechtigten Arzt und der für seinen Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Im Einverständnis mit dem Arzt soll jedoch die Kassenärztliche Vereinigung die Leistung direkt an den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten oder Psychagogen vergüten.

(2) Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung, die von einem Psychagogen erbracht werden, sind in der Abrechnung des Arztes mit einem „A“ hinter der Nr. des BMÄ (z. B. 758 A oder gegebenenfalls 758 AB bei Mitberatung einer Beziehungsperson) geltend zu machen. Die Krankenkassen vergüten hierfür zwei Drittel des sonst für den Arzt vorgesehenen Honorars.

§ 16 Die in § 7 aufgeführten gutachterpflichtigen Leistungen, 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 E: Vordrucke\*)

§ 17 (1) Es gelten die folgenden Formblätter:

PT 1	– Antrag des Mitgliedes an die Krankenkasse
PT 2	– Angaben des Arztes an die Krankenkasse
PT 3a	– Bericht des Arztes an den Gutachter
PT 3b	– Bericht des Arztes an den Gutachter (Fortführung der Behandlung)
	– Ergänzungsantrag zu PT 3b

\*) auf einen Abdruck wird wegen des Umfangs verzichtet.

Psychotherapie-Vereinbarung

- PT 3a (K) – Bericht des Arztes an den Gutachter – Kinderpsychotherapie
- PT 3b (K) – Bericht des Arztes an den Gutachter – Kinderpsychotherapie – (Fortführung der Behandlung)
  - Ergänzungsantrag zu PT 3b (K)
- PT 3c – Mitteilung des Arztes über die Hinzuziehung eines nichtärztlichen Psychotherapeuten/Psychagogen
- PT 4 – Auftragserteilung der Krankenkasse an den Gutachter
- PT 5 – Stellungnahme des Gutachters
- PT 6a – Mitteilung der Leistungspflicht an das Mitglied
- PT 6b – Ablehnungsbescheid der Krankenkasse an das Mitglied
- PT 7a – Mitteilung der Leistungspflicht an den Arzt
- PT 7b – Behandlungsausweis für gutachterpflichtige tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie
- PT 7c – Mitteilung über die nicht gegebene Leistungspflicht der Krankenkasse an den Arzt

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

(3) Inhalt und Gestaltung der vereinbarten Formblätter sind verbindlich.

**Teil F: Inkrafttreten, Übergangsbestimmungen, Kündigung**

§ 18 (1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 1976 in Kraft; sie ersetzt die Vereinbarung vom 10. Januar 1972 einschließlich der Ergänzung vom 8. August 1972.

(2) Bisher auf der Grundlage der Vereinbarungen vom 14. Juni 1967 oder vom 10. Januar 1972 gegenüber Ärzten ausgesprochene Berechtigungen zur Ausübung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie bleiben von dieser Vereinbarung unberührt. Das gleiche gilt für nichtärztliche Psychotherapeuten oder Psychagogen, die auf der Grundlage der bisherigen Vereinbarung von einem Arzt zur Durchführung tiefenpsychologisch fun-

dierter oder analytischer Psychotherapie hinzugezogen werden konnten. Die bisherige Anerkennung entfällt jedoch für solche Ärzte, die auf Grund der Übergangsbestimmung in § 13 der Vereinbarung vom 14. Juni 1967 oder § 2 Abs. 1 der Vereinbarung vom 10. Januar 1972 berechtigt waren, Leistungen in tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie zu erbringen, derartige Leistungen aber seit Inkrafttreten der bisherigen Vereinbarung, d. h. seit dem 1. April 1972 nicht über das Gutachterverfahren erbracht haben.

(3) Nichtärztliche Psychotherapeuten, die nicht Diplompsychologen sind, aber eine abgeschlossene akademische Ausbildung an einer deutschen Universität oder anderen vergleichbaren wissenschaftlichen Hochschule absolviert haben, können zur Ausübung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie hinzugezogen werden, sofern sie eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Institut nachweisen und diese Ausbildung vor dem 1. April 1976 begonnen haben.

§ 19 Eine gesonderte Kündigung dieser Anlage zum BMV-Ä 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-Ä sinngemäß.

Köln/Bonn/Essen/Kassel, den 11. Juni 1976

Kassenärztliche  
Bundesvereinigung,  
K. d. ö. R., Köln  
Bundesverband  
der Ortskrankenkassen,  
K. d. ö. R., Bonn  
Bundesverband  
der Betriebskrankenkassen,  
K. d. ö. R., Essen  
Bundesverband  
der Innungskrankenkassen,  
K. d. ö. R., Köln  
Bundesverband der  
landwirtschaftlichen  
Krankenkassen,  
K. d. ö. R., Kassel

(Kommentierungen und Hinweise zu den Psychotherapie-Richtlinien und der Psychotherapie-Vereinbarung werden in den folgenden Heften veröffentlicht.)

**Vertrag nach § 368 r RVO**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln, schließt mit dem Bundesverband der Ortskrankenkassen, K. d. ö. R., Bonn-Bad Godesberg, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K. d. ö. R., Essen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, K. d. ö. R., Köln, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K. d. ö. R., Kassel, auf der Grundlage des § 368 r RVO und der vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen am 17. Dezember 1975 beschlossenen Richtlinien über Verträge nach § 368 r RVO (Rehabilitations-Richtlinien) – veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 55 vom 19. März 1976 – folgenden Vertrag:

**§ 1 Allgemeines**

(1) Zweck dieses Vertrages ist es, bei Vorliegen von Behinderungen (§ 2) eine umfassende Beratung des Behinderten über die Möglichkeiten der medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation durch den Arzt, die Krankenkasse bzw. einen anderen zuständigen Rehabilitationsträger sowie eine möglichst frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen.

(2) Dieser Vertrag findet Anwendung in der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten und der familienhilfeberechtigten Angehörigen (Anspruchsberechtigte).

**§ 2 Behinderungen**

(1) Behinderungen im Sinne des § 1 Abs. 1 sind:

1. Eine nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, die auf dem Fehlen oder auf Funktionsstörungen von Gliedmaßen oder auf anderen Ursachen beruht.

2. Eine Mißbildung, Entstellung oder Rückgratverkrümmung, wenn die Behinderung erheblich ist.

3. Eine nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Seh-, Hör- oder Sprachfähigkeit. >