

Psychotherapie-Richtlinien:**Änderungen sollen für mehr Flexibilität sorgen**

Mehr Flexibilität in der Indikationsstellung und Durchführung der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren: Mit dieser Zielsetzung hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen am 4. 5. 1990 verschiedene Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien beschlossen. Im wesentlichen handelt es sich bei den Änderungen, die nachstehend im Wortlaut abgedruckt sind, um folgende Regelungen:

Mehr Stunden für Kurzzeittherapie

Die zulässige Gesamtbehandlungsdauer bei der sogenannten Kurzzeittherapie, die sowohl in den analytischen wie auch in den verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren angewendet wird, ist von bisher 15 auf 25 Behandlungsstunden heraufgesetzt worden. Für diese Therapieform bedarf es zwar eines – ärztlich begründeten – Antrages des Versicherten an seine Krankenkasse, aber keiner sachverständigen Stellungnahme im sogenannten Gutachterverfahren.

Insbesondere von seiten der Verhaltenstherapie wird durch die Erweiterung des Behandlungskontingents erwartet, daß innerhalb von 25 Behandlungsstunden mehr Behandlungen erfolgreich abgeschlossen werden können, als dies mit 15 Behandlungsstunden möglich war. Gleichzeitig wird damit auch eine Entlastung des Gutachterverfahrens angestrebt, weil weniger Anträge auf Langzeittherapie anfallen. Außerdem wird bei der Überführung von Kurzzeit- in Langzeittherapie die ärztliche Begründung zum Antrag fundierter ausfallen können, weil der Therapeut die Begründung seines langzeittherapeutischen Konzeptes gegenüber dem Gutachter auch auf Daten aus der aktuellen Kurzzeittherapie stützen kann.

Mit der Erweiterung der Kurzzeittherapie wird somit für Behandlungsansätze bis zu 25 Stunden die unmittelbare Aufnahme der Therapie ermöglicht, ohne die mit dem Gutachterverfahren zwangsläufig verknüpften Zeitverluste hinnehmen zu müssen.

Künftig kann auch die Gruppenbehandlung als Kurzzeittherapie durchgeführt werden. Ausgenommen davon

ist lediglich die tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen. Diese Änderung der Richtlinien dürfte den Gesamtaufwand für die Antragsstellung deutlich senken, weil in einer größeren



Zahl der Fälle nunmehr die aufwendigen Begründungen für die Anträge auf Langzeittherapie der einzelnen Gruppenmitglieder entfallen. Damit sollte die Möglichkeit, Psychotherapie in Gruppen durchzuführen, insbesondere in den Fällen besser genutzt werden können, in denen mit dem erweiterten Behandlungskontingent die vom Therapeuten gewählte Behandlung erfolgreich abgeschlossen werden kann.

Psychosomatische Grundversorgung

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seinen Richtlinien

en der psychosomatischen Grundversorgung nunmehr einen eigenen Abschnitt gewidmet. Damit trägt er der zunehmenden Bedeutung dieses Versorgungsbereichs Rechnung und unterstreicht den Stellenwert einer ganzheitlichen Behandlungsform in der kassenärztlichen Versorgung.

Delegation als Kooperation

Der Bundesausschuß hat das in den Richtlinien beschriebene Delegationsverfahren immer als Kooperation zwischen Ärzten und psychologischen Therapeuten verstanden. In den geänderten Formulierungen wird noch einmal hervorgehoben, daß die Behandlung von psychisch Kranken im Delegationsverfahren nur in enger Kooperation zwischen ärztlichen und psychologischen Therapeuten durchgeführt werden kann. Dies gilt natürlich auch für die Zusammenarbeit mit speziell dazu qualifizierten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

An diesen Regelungen wird deutlich erkennbar, daß im Delegationsverfahren der Therapeut zwar rechtlich an die kassenärztliche Gesamtverantwortung des Arztes gebunden ist, in der eigentlichen Durchführung der Behandlung aber vollkommen frei und selbständig tätig wird. KBV

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG**Änderung der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 4. Mai 1990**

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 4. 5. 1990 beschlossen, die Richtlinien über die Durchführung von Psychotherapie in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 3. Juli 1987 wie folgt zu ändern und zu ergänzen:

1. Der Abschnitt B I. erhält folgende Numerierung:
Nr. 1.3 wird zu 2,
Nr. 2 wird zu 3,
Nr. 2.1 wird zu 3.1,
Nr. 2.2 wird zu 3.2,
Nr. 2.3 wird zu 3.3.
2. Nr. 3. des Abschnitts B I. wird zu Nr. 1. des Abschnitts C der Richtlinien.

3. Der Abschnitt C erhält die Abschnittsbezeichnung „Psychosomatische Grundversorgung“.

4. Abschnitt C Nr. 1.2 erhält folgenden Zusatz:

Dabei können folgende Techniken und Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen:

5. Die Nr. 4. des Abschnitts B I. erhält folgende geänderte Fassung:

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen stellt fest, für welche Verfahren und Techniken in der Psychotherapie und Psychosomatik die den Richtlinien zugrundeliegenden Erfordernisse als erfüllt gelten und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen

diese zur Behandlung von Krankheit Anwendung finden können. Die Feststellungen sind als Anlage 1 Bestandteil der Richtlinien.

5.1 In Nr. 1. des Abschnitts B II. wird 3 durch C 1 ersetzt.

5.2 In Nr. 3 des Abschnitts B II. wird 3 durch C 1 ersetzt.

6. Nr. 6. des Abschnitts B II. wird zur Nr. 2. des Abschnitts C. Dadurch wird Nr. 7. des Abschnitts B II. zu Nr. 6.

7. Der Abschnitt C Nr. 2. Satz 1 erhält folgende Fassung:
Die Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß 1.2.1 und 1.2.2 sind auch als Gruppenbehandlung durchführbar.

8. Der Abschnitt C der Richtlinien wird zum Abschnitt D.

9. Die Nr. 1. des Abschnitts D erhält folgende Fassung:
Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinien bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:

10. Die Nr. 1.3 des Abschnitts D erhält folgenden Zusatz:
Indikationen hierfür können nur sein:

11. Die Nr. 4. des Abschnitts D erhält folgende Fassung:
Verhaltensweisen, die als psychosoziale Störung in Erscheinung treten, sind nur dann Gegenstand von Psychotherapie nach Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C der Richtlinien, wenn sie Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind.

12. Der Abschnitt D der Richtlinien wird zum Abschnitt E.

13. Die Nr. 1.1.1 des Abschnitts E erhält folgende Fassung:
Von der ersten Antragstellung sind bis zu 5, bei der analytischen Psychotherapie bis zu 8, probatorische Sitzungen möglich.

14. Die Nr. 1.1.2 des Abschnitts E erhält folgende Fassung:
Kurzzeittherapie bis 25 Stunden als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (Antragsverfahren ohne Begutachtung).

15. Nr. 1.1.3 des Abschnitts E wird zusätzlich in die Richtlinien aufgenommen:
Kurzzeittherapie bis 25 Stunden als Gruppentherapie (als tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie nur bei Erwachsenen) (Antragsverfahren ohne Begutachtung).

16. Durch die Aufnahme der neuen Nr. 1.1.3 des Abschnitts E ändert sich

die Numerierung der nachfolgenden Nummern entsprechend.

Nr. 1.1.3 des Abschnitts E wird zu Nr. 1.1.4 und erhält folgende Fassung:

Therapie mit einer Stundenzahl, die in bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung festzulegen ist (Antragsverfahren mit Begutachtung).

17. Nr. 1.1.4 des Abschnitts E wird zu 1.1.5 und erhält folgende Fassung:
Die Überführung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muß bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und zugleich das Gutachterverfahren eingeleitet werden.

18. Nr. 1.1.5 des Abschnitts E wird zu 1.1.6 und Nr. 1.1.6 wird zu 1.1.7.

19. Nr. 1.2 des Abschnitts E erhält folgende Formulierung:
Bewilligungsschritte für die Verfahren gemäß Abschnitt B I. 1.1. und 1.2

20. Nr. 1.2.3 des Abschnitts E erhält folgende Formulierung:
Verhaltenstherapie bis 45 Stunden, in besonderen Fällen bis 60 Stunden. Verhaltenstherapie kann als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden. Verhaltenstherapie kann nur in Kombination mit der Einzeltherapie auch als Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamtkontingentskontingent als Einzelstunde gezählt wird.

21. Nr. 1.2.4 des Abschnitts E erhält folgende Formulierung:
Psychotherapie von Kindern bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis 50 Stunden, in besonderen Fällen bis 90 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 40 Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden.

22. Die Nr. 1.2.5 des Abschnitts E wird neu in die Richtlinien aufgenommen:
Verhaltenstherapie von Kindern bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.

23. Damit ändert sich die Numerierung der folgenden Nummern des Abschnitts E entsprechend. Die Nr. 1.2.5 wird zu 1.2.6 und erhält folgende Fassung:

Psychotherapie von Jugendlichen bei analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis 60 Stunden, in besonderen Fällen bis 120 Stunden, bei Gruppenbehandlung bis 40

Doppelstunden, in besonderen Fällen bis 60 Doppelstunden.

24. Die Nr. 1.2.7 des Abschnitts E wird neu in die Richtlinien aufgenommen:

Verhaltenstherapie bei Jugendlichen bis 60 Stunden, einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden.

26. Die Numerierung der nachfolgenden Nrn. des Abschnitts E ändert sich dementsprechend:

Nr. 1.2.6 wird zu 1.2.8 In Satz 1 dieser Nr. wird die Nr. 1.2.5 zu 1.2.7, Nr. 1.2.6.1 wird zu 1.2.8.1, Nr. 1.2.6.2 wird zu 1.2.8.2, Nr. 1.2.6.3 wird zu 1.2.8.3, Nr. 1.2.6.4 wird zu 1.2.8.4, Nr. 1.2.6.5. wird zu 1.2.8.5.

27. Die Nr. 1.2.9 des Abschnitts E wird neu in die Richtlinien aufgenommen:

Wurde Kurzzeittherapie durchgeführt, ist bei Überführung von Kurzzeittherapie in Langzeittherapie die bewilligte Kurzzeittherapie auf das Kontingent der Langzeittherapie anzurechnen.

28. In Nr. 1.3 des Abschnitts E wird folgendes geändert:

in Nr. 1.3.1 wird B I. 3.2.1 zu C 1.2.1, in Nr. 1.3.2 wird B I. 3.2.2 zu C 1.2.2, in Nr. 1.3.3 wird B I. 3.2.3 zu C 1.2.3.

29. Der Abschnitt E der Richtlinien wird zu Abschnitt F.

30. Nr. 1 Satz 2 des Abschnitts F erhält folgende Fassung:
Zu diesem Antrag teilt der Arzt vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründet die Indikation und beschreibt Art und Umfang der geplanten Therapie gegebenenfalls in Kooperation mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten.

31. Nr. 2 des Abschnitts F erhält folgende Fassung:
Eine Verlängerung der Therapie gemäß Abschnitt E 1.2.1-1.2.4, 1.2.6 und 1.2.8 bedarf eines Fortsetzungsantrages, in dem Verlauf und Ergebnis der bisherigen Therapie darzustellen und eine begründete Prognose in bezug auf die beantragte Verlängerung anzugeben ist.

32. In Nr. 3. des Abschnitts F erhält der erste Halbsatz folgende Fassung:
Ist die Psychotherapie gemäß Abschnitt E 1.1.2 und 1.1.3 mit den dort festzulegenden Leistungen nicht erfolgreich abzuschließen

33. Der Abschnitt F II. Satz 1 erhält folgende geänderte Fassung:
Bei Psychotherapie gemäß B I. 1.1 und 1.2 von mehr als 25 Stunden ist der Antrag durch einen bestellten Gutachter zu prüfen.

34. Der Abschnitt F der Richtlinien wird zum Abschnitt G. >

35. In Abschnitt G I. Nr. 2 Satz 1 wird B I. 3.2 durch C 1.2 ersetzt.

36. Der Abschnitt G II. erhält folgende Überschrift:

Diplom-Psychologen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (früher auch Psychagogen)

37. In Abschnitt G II. Satz 1 wird G durch H und H durch I ersetzt.

38. In Abschnitt G II. Satz 3 erhält die Klammer folgende Fassung: früher auch Psychagogen

39. Der Abschnitt G der Richtlinien wird zum Abschnitt H.

40. In Nr. 1. Satz 2 des Abschnitts H wird H durch I ersetzt.

41. Nr. 2. Satz 2 des Abschnitts H erhält folgende Fassung:

Er ist insbesondere für die Indikationsstellung zur Psychotherapie gebe-

nenfalls nach Kooperation mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten verantwortlich.

42. Der Abschnitt H der Richtlinien wird zum Abschnitt I.

43. Der Abschnitt I der Richtlinien wird zum Abschnitt K.

Die vorstehenden Änderungen und Ergänzungen treten am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesarbeitsblatt in Kraft.

Köln, den 4. Mai 1990

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

(Die Änderungen sind mit der Veröffentlichung im Bundesarbeitsblatt Nr. 7/8 vom 31. Juli 1990 am 1. August 1990 in Kraft getreten.) □

Der Ausgangsbetrag je Mitglied entspricht der Honorarsumme für die Laboratoriumsleistungen nach den Positionen D-01-19 und D-18-19 des Formblattes 3 des jeweiligen Vorjahresvierteljahres je Ersatzkasse, dividiert durch die jeweilige Zahl der Mitglieder nach Position M-99-90.

b) Zur Berechnung der vertragsärztlichen Honorarsumme für die Leistungen nach Kapitel O der E-GO wird der nach Nr. 2a um die Grundlohnentwicklung veränderte Betrag je Mitglied und Kasse mit deren Mitgliederzahl im jeweiligen Abrechnungsvierteljahr multipliziert.

3. Die Vergütung für die folgenden Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Anforderung:

- die Versandkostenpauschalen nach Kapitel U der E-GO

- die Telefonkosten nach A I Nr. 4 der E-GO

- diejenigen Kosten, die zusätzlich zu Leistungen nach der E-GO berechnet werden können und nicht der Sprechstundenbedarfsregelung unterliegen

- die Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei der Dialysebehandlung gemäß Anlage 14 zum EKV

- die Behandlung in Polikliniken

- die ambulante Behandlung in Krankenhäusern und ärztlich geleiteten Einrichtungen

- die Schutzimpfungen gemäß Anlage 17 zum EKV

- der zusätzliche Aufwand bei Behandlung von Krebskranken

- die Abgeltung von Kosten aufgrund regionaler Vereinbarungen (Beteiligung am organisierten Notfall- oder Bereitschaftsdienst und ähnliches).

4. Zur Überprüfung des in Nr. 2 Abs. 1 des Honorarvertrages vom 21. März 1990 vereinbarten Zieles stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Ausgangsbeträge jeweils in einer Summe, getrennt nach den Angestellten-Krankenkassen und den Arbeiter-Ersatzkassen, für die einzelnen Abrechnungsvierteljahre fest und stimmt diese Beträge mit den Verbänden der Ersatzkassen ab.

5. Nach Auswertung der Abrechnungsergebnisse der einzelnen Quartale stimmen sich die Vertragspartner darüber ab, wie der Ausgleich nach Nr. 2 der Honorarvereinbarung vom 21. März 1990 durchgeführt werden soll.

§ 2, Abrechnungsnachweis

1. Der Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen (Leistungsbedarf) wird unter Zugrundelegung der vertraglichen

Durchführungsbestimmungen zum Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Verbänden der Ersatzkassen

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Körperschaft des öffentlichen Rechts, 5000 Köln 41, Herbert-Lewin-Straße 3, und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V., 5200 Siegburg, Frankfurter Straße 84, werden zum Vertrag über die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen vom 21. März 1990 folgende Durchführungsbestimmungen mit Wirkung ab dem 2. Vierteljahr 1990 vereinbart:

§ 1, Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

1. Für die Barmer Ersatzkasse, Wuppertal, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Hamburg, Kaufmännische Krankenkasse-KKH, Hannover, Hamburg-Münchener Ersatzkasse, Hamburg, Techniker Krankenkasse, Hamburg, Hanseatische Ersatzkasse, Hamburg, Handelskrankenkasse Bremen, Bremen - im folgenden „Angestellten-Krankenkassen“ genannt - sowie für die Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse, Schwäbisch Gmünd, Gärtner-Krankenkasse, Hamburg, Braunschweiger Kasse, Hamburg, Hamburgischer Zimmerer Krankenkasse, Hamburg, Neptun Berufskrankenkasse für die Binnenschifffahrt, Hamburg, Buchdrucker Krankenkasse, Hannover, Krankenkasse Eintracht, Heusenstamm, - im folgenden „Arbeiter-Ersatzkassen“ genannt - werden der Leistungsbedarf und das Honorar für die vertragsärztlichen ambulanten und be-

legärztlichen Leistungen ab 2. Vierteljahr 1990 mit Ausnahme der Leistungen des Kapitels O der E-GO (- Laboratoriumsuntersuchungen -) grundsätzlich nach den Gebührensätzen der E-GO berechnet.

2. Für Leistungen des Kapitels O der E-GO wird weiterhin ein Betrag je Mitglied in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner der Angestellten Krankenkassen einerseits sowie der Arbeiter-Ersatzkassen andererseits vergütet.

a) Der Betrag je Mitglied des jeweiligen Abrechnungsvierteljahres errechnet sich aus dem Ausgangsbetrag je Mitglied und Kasse, multipliziert mit dem Veränderungsfaktor, der sich aus dem Vergleich der Grundlohnsummen je Mitglied des Abrechnungsvierteljahres mit der Grundlohnsumme je Mitglied des entsprechenden Ausgangsvierteljahres - jeweil im Durchschnitt der Angestellten-Krankenkassen bzw. der Arbeiter-Ersatzkassen - ergibt.