

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin,

– einerseits –

und

der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K. d. ö. R., Berlin,

– andererseits –

schließen als Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die nachstehende

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

vom 2. Februar 2017*

Inhalt:

Teil A – Allgemeines.....	3
§ 1.....	3
Teil B – Zur Ausübung Berechtigte.....	3
§ 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	11
§ 8 Abrechnung von Leistungen in Einrichtungen gem. § 117 Abs. 3 SGB V	12
§ 9 Konsiliarverfahren	13
§ 10 Informationspflichten	13
Teil C – Durchführung der Behandlung.....	13
§ 11 Antragstellung	13
§ 12 Gutachterverfahren	17
§ 13 Entscheidung zur Leistungspflicht.....	20
§ 14 Psychotherapeutische Sprechstunde.....	21
§ 15 Psychotherapeutische Akutbehandlung	22
§ 16 Rezidivprophylaxe	22
§ 17 Videokonferenzen	23
Teil D – Abrechnung.....	24
§ 18.....	24
Teil E – Formblätter	25
§ 19.....	25
§ 19a Datenaustausch	27
Teil F – Übergangsbestimmungen	29
§ 20.....	29
Teil G – Inkrafttreten.....	32
§ 21.....	32
Teil H – Kündigung	32
§ 22.....	32
Protokollnotiz	32
Anlage 1 – Formblätter.....	33

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 genannt -, 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, gemäß § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot).
- (4) Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung finden grundsätzlich im unmittelbaren persönlichen Kontakt statt und 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

¹Die Erfüllung der Voraussetzungen der fachlichen Befähigung ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. ²Das Verfahren richtet sich nach § 4 dieser Vereinbarung. ³Die 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 oder Systemischer Therapie verfügt. ⁴Die fachliche Befähigung für die Durchführung und Abrechnung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung und probatorischen Sitzungen im Gruppensetting gilt als nachgewiesen, wenn die Therapeutin oder der

Therapeut über eine Genehmigung nach § 2 zur Durchführung und Abrechnung von Gruppentherapie im jeweiligen Psychotherapieverfahren verfügt. ⁵Therapeutinnen und Therapeuten, die durch ihren Fachkundenachweis auf die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beschränkt sind, dürfen nur bei Kindern und Jugendlichen Psychotherapeutische Sprechstunden, Psychotherapeutische Akutbehandlung, Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und probatorische Sitzungen im Gruppensetting durchführen. ⁶Die Regelungen zur Einbeziehung von Bezugspersonen bleiben davon unberührt.

§ 4 Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Anträge auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie sind an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu stellen. ²Die erforderlichen Nachweise (z. B. Zeugnisse und Bescheinigungen) sind den Anträgen beizufügen. ³Über die Anträge und über den Widerruf oder die Rücknahme einer erteilten Genehmigung entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung. ⁴Vor 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) ¹Die 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, 35401, 35402 sowie 35405 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.

²Für 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, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412 sowie 35415 des EBM:
 - durch die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“.

- (3) ¹Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140-35142, 35150, 35421, 35422 sowie 35425 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.

²Für 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) ¹Die 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, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422 sowie 35425 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. ²Aus 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. ³Darüber 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. ⁴Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an anerkannten Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vermittelt worden sein.

- (5) ¹Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Psychotherapie als Gruppenbehandlung im jeweiligen Verfahren nach dem Leistungsinhalt der GOP 35503-35509, 35513-35519, 35523-35529, 35533-35539, 35543-35549, 35553-35559 sowie der entsprechenden GOP der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Gruppentherapie gemäß Abschnitt 35.2.2 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) oder nach Abs. 9 (Systemische Therapie) 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. ²Aus 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 oder der Systemischen Therapie in Gruppen erworben wurden. ³Ist im Rahmen der Weiterbildung diese Qualifikation nicht erworben worden, ist nachzuweisen, dass in mindestens 40 Doppelstunden analytische oder tiefenpsychologisch fundierte bzw. verhaltenstherapeutische bzw. systemische 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 oder mit Systemischer Therapie durchgeführt wurde.

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

- (6) ¹Die 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. ²Aus entsprechenden Zeugnissen und Beschei-

nigungen muss hervorgehen, dass entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Umfang von insgesamt mindestens 80 Stunden erworben wurden. ³Im 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.

⁴Die 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, Relaxationsbehandlung nach Jacobson, 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 oder Abs. 9 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) ¹Die 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) oder nach Abs. 9 (Systemische Therapie)

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. ²Ist

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

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

- (9) ¹Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Systemischer Therapie bei Erwachsenen als Einzeltherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140-35142, 35150 sowie der entsprechenden GOP gemäß Abschnitt 35.2.1 des EBM:
- durch die Berechtigung zum Führen der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
- und
- durch Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen erworben wurden.

§ 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, 35401, 35402 sowie 35405 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 35130, 35131, 35140, 35141, 35150, 35411, 35412 sowie 35415 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, 35421, 35422 sowie 35425 des EBM:
- durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Verhaltenstherapie.
- (4) ¹Die 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, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422 sowie 35425 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.²Darüber hinaus ist nachzuweisen, dass mindestens 4 Fälle analytischer 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.³Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz erworben worden sein.

- (5) ¹Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Psychotherapie als Gruppenbehandlung im jeweiligen Verfahren nach dem Leistungsinhalt der GOP 35503-35509, 35513-35519, 35523-35529, 35533-35539, 35543-35549, 35553-35559, sowie der entsprechenden GOP der Systemischen Therapie bei Erwachsenen als Gruppentherapie gemäß Abschnitt 35.2.2 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) oder nach Abs. 8 (Systemische Therapie) 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 oder der Systemischen Therapie erworben wurden.²Ist im Rahmen der Ausbildung diese Qualifikation nicht erworben worden, ist nachzuweisen, dass in mindestens 40 Doppelstunden analytischer oder tiefenpsychologisch fundierter bzw. verhaltenstherapeutischer bzw. systemischer 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 oder mit Systemischer Therapie durchgeführt wurden.³Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz erworben worden sein.

⁴Die 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, Relaxationsbehandlung nach Jacobson, 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) oder nach Abs. 8 (Systemische Therapie)

und

- durch den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Interventionen im Rahmen des Fachkundenachweises gemäß Abs. 1 bis 3 oder Abs. 8

oder

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

- (7) ¹Die 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) oder nach Abs. 8 (Systemische Therapie)

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. ²Ist 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. ³Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz erworben worden sein.

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

- (8) Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Systemischer Therapie bei Erwachsenen als Einzeltherapie nach dem Leistungsinhalt der GOP 35130, 35131, 35140, 35141, 35150 und der entsprechenden GOP gemäß Abschnitt 35.2.1 des EBM:

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

oder

- durch einen Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V in analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie und zusätzlich der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie, aus der sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen erworben wurden.

§ 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, 35401, 35402 sowie 35405 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 35130, 35131, 35140, 35141, 35150, 35411, 35412 sowie 35415 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, 35421, 35422 sowie 35425 des EBM:
 - durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Verhaltenstherapie.
- (4) ¹Die fachliche Befähigung gemäß § 3 gilt als nachgewiesen für die Ausführung und Abrechnung von Psychotherapie als Gruppenbehandlung im jeweiligen Verfahren nach dem Leistungsinhalt der GOP 35503-35509, 35513-35519, 35523-35529, 35533-35539, 35543-35549 sowie 35553-35559 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. ²Dabei 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. ³Entsprechende 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, Relaxationsbehandlung nach Jacobson, 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

- (1) 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 den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie und dieser Vereinbarung entsprechen und dass diese 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.
- (2) Es obliegt der Einrichtung nach § 117 Abs. 3 SGB V die ausreichende Qualifikation der Ausbildungsteilnehmerin oder des Ausbildungsnehmers zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zu prüfen und sicherzustellen.

§ 9 Konsiliarverfahren

Das Konsiliarverfahren einschließlich der Qualifikation der den Konsiliarbericht abgebenden Ärztinnen und Ärzte richtet sich nach den in § 32 der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Bestimmungen.

§ 10 Informationspflichten

- (1) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen quartalsweise ein Verzeichnis derjenigen Therapeutinnen und Therapeuten zur Verfügung, die die in den §§ 5 bis 7 genannten Voraussetzungen nachgewiesen haben, und zwar in elektronischer und weiterverarbeitbarer Form. ²Das Verzeichnis enthält die Namen der Therapeutinnen und Therapeuten, Anschrift des Vertragsarztsitzes, ggf. Anschriften mit Kennzeichnung des Vertragsarztsitzes, 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) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt eine Liste der aktuell nach § 12 bestellten Gutachterinnen und Gutachter und stellt diese zeitnah nach Aktualisierung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder an eine von diesen benannte Stelle und dem GKV-Spitzenverband in elektronischer und weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung. ²Für das Versenden von Gutachteraufträgen nutzt die Krankenkasse die in der Liste nach Satz 1 angegebene Adresse der Gutachterin oder des Gutachters.
- (5) ¹Die Therapeutin oder der Therapeut zeigt der zuständigen Krankenkasse unverzüglich die Beendigung der Richtlinien therapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie an. Sofern sich eine Rezidivprophylaxe anschließt, ist dies ebenfalls anzuzeigen. ²Für die Anzeige nach Satz 1 oder Satz 2 sind die entsprechenden Kennzeichnungen des Katalogs der codierten Zusatzziffern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu verwenden.

Teil C – Durchführung der Behandlung

§ 11 Antragstellung

- (1) ¹Beabsichtigt 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). ²Der Antrag kann frühestens gestellt werden, wenn die zweite probatorische Sitzung terminiert ist. ³Im Quartal der ersten Behandlung

und/oder den drei vorausgegangenen Quartalen müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen gemäß § 12 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie durchgeführt worden sein. ⁴Im Antrag der Versicherten oder des Versicherten (PTV 1) sind das Datum oder die Daten der in Anspruch genommenen Psychotherapeutischen Sprechstunde anzugeben.

- (2) ¹Je nach Indikation ist festzulegen, ob ein Antrag auf Kurzzeit- oder Langzeittherapie gestellt werden soll. ²Dem 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) ¹Im Formblatt PTV 2 sind die Diagnose (endständig) und die Anzahl der Therapieeinheiten anzugeben. ²Eine Therapieeinheit entspricht dabei 50 Minuten in einer Einzelbehandlung und 100 Minuten in einer Gruppenbehandlung. ³Bei der Beantragung von Therapieeinheiten für die Gruppentherapie im Rahmen einer reinen Gruppenbehandlung oder einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie ist im Formblatt PTV 2 für die Gruppentherapie die jeweilige Gebührenordnungsposition mit einem „X“ an fünfter Stelle anzugeben. ⁴Damit ist eine Änderung der Gruppengröße im Behandlungsverlauf im Rahmen der Regelung gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie möglich; eine Festlegung auf eine Gruppengröße bei Antragsstellung ist nicht erforderlich.
- (4) ¹Die Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) ist spätestens nach 12 Therapieeinheiten und die Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) ist spätestens nach weiteren 12 Therapieeinheiten abzuschließen. ²Die Einzelsitzung kann auch in Einheiten von 2 x 25 Minuten unter entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl durchgeführt werden. ³Die 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. ⁴Stellt 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. ⁵Wird Kurzzeittherapie in Langzeittherapie überführt, ist die bewilligte Kurzzeittherapie auf das Kontingent der Langzeittherapie anzurechnen. ⁶Die Krankenkasse hat den Umwandlungsantrag auf Langzeittherapie als Einzeltherapie oder als eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie einer Gutachterin oder einem Gutachter vorzulegen (Gutachterverfahren nach § 35 der Psychotherapie-Richtlinie). ⁷Das 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) ¹Einem 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 § 32 Psychotherapie-Richtlinie erforderlich,
 - ergänzende Befundberichte, sofern erforderlich.

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

- (6) ¹Führt 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). ²Diesem Antrag wird von der Therapeutin oder von dem Therapeuten das PTV 2 für die Krankenkasse beigefügt. ³Sofern die Krankenkasse zur Prüfung eine Gutachterin oder einen Gutachter beauftragt, hat sie dies der Therapeutin oder dem Therapeuten unverzüglich mitzuteilen. ⁴In 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. ⁵Erfolgt keine Einleitung des Gutachterverfahrens hat die Krankenkasse den Fortsetzungsantrag bei Vorliegen der formalen Voraussetzungen innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu genehmigen. ⁶Die Sätze 2 bis 4 gelten auch für Anträge, die unter die Regelung gemäß § 13 Abs. 5 fallen.
- (7) ¹Werden 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. ²Dabei 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 § 28 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie durch die Übertragung nicht ändert.
- (9) ¹Wird eine Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten durchgeführt, so füllen beide Therapeutinnen bzw. Therapeuten je ein Formblatt PTV 2 aus. ²Wird bei einer Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten die Gruppentherapie durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten geleitet, ist das Formblatt PTV 2 von derjenigen Therapeutin oder demjenigen Therapeuten, der die Einzeltherapie durchführt, und von derjenigen oder von demjenigen für die Gruppentherapie hauptverantwortliche Therapeutin oder hauptverantwortlichen Therapeuten auszufüllen. ³Der Antrag der Versicherten oder des Versicherten (PTV 1) und beide PTV 2 sind gemeinsam bei der Krankenkasse einzureichen. ⁴Jede Therapeutin oder jeder Therapeut gibt auf dem PTV 2 jeweils die von ihm durchzuführenden Therapieeinheiten an. ⁵In einer Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten kann eine Therapeutin oder ein Therapeut jeweils ausschließlich Einzel- oder Gruppenbehandlung durchführen. ⁶Bei 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) ¹Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es zur Erreichung des Therapieziels notwendig sein, relevante Bezugspersonen einzubeziehen. ²Dies ist bei der Angabe des Behandlungsumfangs im PTV 2 entsprechend zu berücksichtigen.

sichtigen. ³Die 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. ⁴Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Anzahl der Therapieeinheiten ist der Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der Versicherten oder des Versicherten hinzuzurechnen. ⁵Ist eine höhere Anzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten, ist dies im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zu begründen. ⁶Wird hierfür eine höhere Anzahl bewilligt, so reduziert sich die Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung der Versicherten oder des Versicherten entsprechend. ⁷Stellt 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. ⁸Die Einbeziehung von Bezugspersonen im Einzelsetting bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist auch bei ausschließlicher Gruppentherapie der Versicherten oder des Versicherten zulässig. ⁹Die Regelungen nach Satz 1 bis 8 und nach Abs. 11 gelten für Menschen mit einer geistigen Behinderung gemäß § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie entsprechend.

- (11) ¹Die Einbeziehung der Bezugsperson bzw. Bezugspersonen gemäß Abs. 10 kann auch in Gruppen durchgeführt werden. ²Die Einbeziehung der Bezugsperson bzw. Bezugspersonen gemäß Abs. 10 ist zulässig, wenn sie im unmittelbaren Zusammenhang zu einer laufenden oder gerade abgeschlossenen Behandlung der Versicherten oder des Versicherten steht; die Einbeziehung von Bezugspersonen ohne eine in denselben Zeitabschnitt fallende 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. Die Regelungen nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 Psychotherapie-Richtlinie gelten auch für die Durchführung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting.
- (13) ¹Die Unterbrechung einer Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr ist nur zulässig, wenn sie gegenüber der Krankenkasse formlos begründet wird. ²Die Durchführung von genehmigten Stunden einer Rezidivprophylaxe gemäß § 14 der Psychotherapie-Richtlinie bleibt hiervon unberührt.
- (14) ¹Maßnahmen einer Gruppenpsychotherapie können an einem Tag bis zu zweimal je 100 Minuten durchgeführt werden. ²Die 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. ³Die 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. ⁴Die Durchführung von Gruppenpsychotherapeutischer Grundversorgung, Gruppentherapie und probatorischen Sitzungen im Gruppensetting kann auch außerhalb der eigenen Praxisräume der Therapeutin oder des Therapeuten in anderen geeigneten Räumlichkeiten, bei gemeinsamer Durchführung der Gruppentherapie oder probatorischen Sitzungen nach § 21 Absatz 1 Nr. 2 Psychotherapie-Richtlinie insbesondere in den Praxisräumen der Beteiligten, erfolgen.

- (15) Eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung von Partnerinnen oder Partnern oder nahen Familienangehörigen durch dieselbe Therapeutin oder denselben Therapeuten ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten mit besonderer Sorgfalt zu prüfen; die Regelungen zur Einbeziehung von Bezugspersonen bleiben hiervon unberührt.

§ 12 Gutachterverfahren

- (1) ¹Das 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. ²Dabei prüft die Gutachterin oder der Gutachter den Antrag unter fachlichen Gesichtspunkten, insbesondere, ob das beantragte Psychotherapieverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist, ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt, und ob der vorgeschlagene Behandlungsumfang angemessen i. S. d. § 28 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie ist. ³Die Gutachterin oder der Gutachter verfasst hierzu eine Stellungnahme auf dem Formblatt PTV 5.
- (2) Das Gutachterverfahren richtet sich nach § 35 der Psychotherapie-Richtlinie.
- (3) Die Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter ist in § 36 der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt.
- (4) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband Gutachterinnen und Gutachter für analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie jeweils für die Dauer von fünf Jahren. ²Die Bestellung erfolgt alle fünf Jahre zum 1. Januar, erstmalig zum 1. Januar 2018. ³Sofern die jeweiligen Qualifikationskriterien gemäß § 36 der Psychotherapie-Richtlinie erfüllt sind, kann eine Bestellung für jedes Therapieverfahren gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie jeweils für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Psychotherapie bei Erwachsenen, oder für beide Altersgruppen, erfolgen. ⁴Abweichend von Satz 3 kann die Bestellung in Systemischer Therapie ausschließlich für Psychotherapie bei Erwachsenen erfolgen. ⁵Die Bestellung kann den Bereich der Gruppenpsychotherapie einschließen, wenn die Qualifikation zur Erbringung von Gruppenpsychotherapie im jeweiligen Psychotherapieverfahren und in der jeweiligen Altersgruppe nachgewiesen wurde.
- (5) ¹Spätestens vier Monate vor einer Bestellung gemäß Abs. 4 rufen die Vertragspartner dieser Vereinbarung durch Ausschreibung im Deutschen Ärzteblatt und dessen Ausgabe Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PP-Ausgabe) zur Bewerbung für eine Gutachtertätigkeit auf. ²Die Ausschreibung enthält die Modalitäten des Bewerbungsverfahrens. ³Für eine Bestellung als Gutachterin oder Gutachter ist es erforderlich, dass sich die Interessentin oder der Interessent nach erfolgter Ausschreibung gemäß Satz 1 bewirbt; dies gilt auch für zum Zeitpunkt der Ausschreibung bereits bestellte Gutachterinnen und Gutachter.
- (5a) ¹Die Erfüllung der in § 36 der Psychotherapie-Richtlinie definierten Qualifikationsanforderungen ist in der Bewerbung nachzuweisen. ²Der Nachweis für eine Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 36 Abs. 3 Nr. 6 der Psychotherapie-Richtlinie erfolgt durch:

1. eine mindestens dreijährige vertragsärztliche Tätigkeit, diese kann auch in einer Einrichtung nach § 2 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nach dem Abschluss einer Aus- oder Weiterbildung gemäß § 36 Abs. 3 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie erbracht worden sein,
und
 2. eine aktuell andauernde vertragsärztliche Tätigkeit, diese kann auch in einer Einrichtung nach § 2 Abs. 3 BMV-Ä, oder als eine aktuell andauernde Tätigkeit für den Medizinischen Dienst (MD/MD Bund) im Bereich der Psychotherapie erbracht werden.
- (5b) Endet eine Tätigkeit nach Abs. 5a Satz 2 Nr. 2 während des Beststellungszeitraums als Gutachterin oder Gutachter, kann die gutachterliche Tätigkeit bis zum Ende des Beststellungszeitraums fortgeführt werden.
- (6) Neben den in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Qualifikationen ist für eine Bestellung der Gutachterinnen und Gutachter nach Abs. 4 Voraussetzung, dass die Bereitschaft und Möglichkeit besteht, die für die sachgerechte und neutrale Begutachtung notwendige Zeit im jeweils erforderlichen Umfang zur Verfügung zu stellen.
- (7) Die Gutachterinnen und Gutachter haben insbesondere folgende Pflichten zu erfüllen:
1. Sie haben die Gutachten persönlich zu erstellen.
 2. Sie erstellen eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen und übermitteln diese an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt Vorgaben zur Führung dieser Statistik, die insbesondere Erhebungszeitraum, Abgabepunkt, Inhalte der Erhebung sowie den Übermittlungsweg umfassen. Über die Vorgaben und die Ergebnisse in aggregierter Form wird der GKV-Spitzenverband durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zeitnah informiert. Die Vertragspartner können weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Verfahrens festlegen.
 3. Die Frist zwischen Eingang der Unterlagen bei der Gutachterin oder dem Gutachter und der Absendung des Gutachtens an die beauftragende Krankenkasse soll in der Regel zwei Wochen nicht überschreiten. Sofern innerhalb von zwei Wochen eine Bearbeitung nicht möglich ist, begründet dies die Gutachterin oder der Gutachter gegenüber der Krankenkasse unter Angabe eines voraussichtlichen Fertigstellungstermins. Die Gutachterin oder der Gutachter ist verpflichtet, fehlende Unterlagen unverzüglich anzufordern. Sofern sich die Rückmeldung der Gutachterin oder des Gutachters an die Krankenkasse darüber hinaus verzögert, informiert die Gutachterin oder der Gutachter die Krankenkasse erneut.
 4. Steht eine Gutachterin oder ein Gutachter vorübergehend, z. B. urlaubs- oder krankheitsbedingt, für die Erstellung von Gutachten nicht zur Verfügung (Abwesenheitszeiten), teilt sie oder er dies der Kassenärztlichen Bundesvereinigung elektronisch mit. Planbare Abwesenheitszeiten sind spätestens vier Wochen vor Beginn der Abwesenheit mitzuteilen. Übersteigen die jährlichen Abwesenheitszeiten den Zeitraum von drei Monaten, ist dies gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu begründen.

5. Die Gutachterin oder der Gutachter informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung über ihre oder seine Kontaktdaten und das Institutionskennzeichen und teilt Änderungen unverzüglich mit.
 6. Die Gutachterin oder der Gutachter informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung unverzüglich über den Entzug oder das Ruhen ihrer oder seiner Approbation.
- (8) ¹Bei 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. ²Das Ruhen oder der Entzug der Approbation begründet den Widerruf der Bestellung als Gutachterin oder Gutachter.
 - (9) Das Gutachterverfahren wird von der für die Versicherte oder den Versicherten zuständigen Krankenkasse eingeleitet.
 - (10) ¹Anträge auf analytische Psychotherapie werden von Gutachterinnen und Gutachtern für analytische Psychotherapie begutachtet. ²Anträge auf tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie werden von Gutachterinnen und Gutachtern für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie begutachtet. ³Anträge auf Verhaltenstherapie werden von Gutachterinnen und Gutachtern für Verhaltenstherapie begutachtet. ⁴Anträge auf Systemische Therapie bei Erwachsenen werden von Gutachterinnen und Gutachtern für Systemische Therapie bei Erwachsenen 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) ¹Die Therapeutin oder der Therapeut, der den Antrag der Versicherten oder des Versicherten begründet hat, macht auf dem Briefumschlag (PTV 8) Angaben zur beantragten Psychotherapie. ²Die Krankenkasse wählt auf dieser Basis eine oder einen nach Abs. 10 bis 12 geeignete Gutachterin oder geeigneten Gutachter aus. ³Eine ausreichende geographische Distanz zwischen der antragsbegründenden Therapeutin oder dem antragsbegründenden Therapeuten soll von der Krankenkasse bei der Auswahl einer Gutachterin oder eines Gutachters berücksichtigt werden.
 - (14) ¹Sofern die zuständige Krankenkasse bei einem Folgeantrag während einer laufenden Behandlung ein Gutachterverfahren einleitet, soll sie die Gutachterin oder den Gutachter beauftragen, die oder der den Erstantrag beurteilt hat. ²Bei Abwesenheit oder Nichtverfügbarkeit eines Gutachters ist die Beauftragung einer anderen Gutachterin oder eines anderen Gutachters zulässig. Die Krankenkasse begründet bei abweichender Gutachterinnen- oder Gutachterwahl diese Entscheidung gegenüber der neuen Gutachterin oder dem neuen Gutachter.
 - (15) ¹Der Gutachterin oder dem Gutachter dürfen sowohl von der behandelnden Therapeutin oder vom behandelnden Therapeuten als auch von der Kranken-

kasse nur solche Unterlagen zur Verfügung gestellt werden, auf denen die personenbezogenen Daten der oder des Versicherten pseudonymisiert sind. ²Für die der Gutachterin oder dem Gutachter im Gutachterverfahren nach Satz 1 zur Verfügung gestellten Unterlagen und ihre oder seine gutachterliche Stellungnahme gelten unter Wahrung der Schweigepflicht die in Satz 3 genannten Aufbewahrungsfristen. ³Die Gutachterin oder der Gutachter soll die in Satz 1 genannten Unterlagen mindestens zwei Jahre über den von ihr oder ihm befürworteten Behandlungszeitraum hinaus aufbewahren.

- (16) ¹Für die Bearbeitung von Zweitgutachten gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 können sich nur bereits bestellte Gutachterinnen und Gutachter bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf dem hierfür vorgesehenen Bewerbungsbogen bewerben. ²Die Bewerbung kann während des Beststellungszeitraums gemäß Abs. 4 jederzeit erfolgen. ³Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erweitert im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband erstmalig zum 1. Juli 2019 die Bestellung entsprechender Gutachterinnen und Gutachter.
- (17) ¹Voraussetzung für eine Erweiterung der Bestellung nach Abs. 16 Satz 3 und für die Bearbeitung von Zweitgutachten gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 ist eine mindestens drei Jahre andauernde Bestellung als Gutachterin oder Gutachter gemäß Abs. 4, in der die Gutachtertätigkeit kontinuierlich ausgeübt wurde. ²Die Erweiterung der Bestellung erfolgt bis zum Ende des Zeitraums der Bestellung gemäß Abs. 4 und erstreckt sich auf den Umfang der Bestellung als Gutachterin oder Gutachter gemäß den Absätzen 10 bis 12.
- (18) ¹Für die Erstellung von Zweitgutachten gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 gelten die Vorgaben für Gutachten entsprechend. ²Die Erstellung von Zweitgutachten gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 für ein vormals selbst erstelltes Gutachten ist nicht zulässig. ³Nach Aufforderung durch die Krankenkasse stellt die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut der Krankenkasse einen in freier Form erstellten Ergänzungsbericht sowie alle bisherigen Unterlagen zum vorherigen Gutachten vollständig im verschlossenen Briefumschlag PTV 8 zur Verfügung. ⁴Hierzu gehören insbesondere auch Kopien der Berichte an die Gutachterin oder den Gutachter gemäß Leitfaden PTV 3, der Stellungnahmen der vorherigen Gutachterin oder des vorherigen Gutachters, der ausgefüllten Formblätter PTV 2 der Anträge sowie ggf. des Konsiliarberichts. ⁵Zum Zweitgutachten gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 ist eine ausführliche Stellungnahme auf dem Formblatt PTV 5 oder einer Anlage zu erstellen und diese ist als Kopie auch der vorherigen Gutachterin oder dem vorherigen Gutachter zur Verfügung zu stellen.
- (19) Für Gutachten und Zweitgutachten gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 werden die Gebühren zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart.
- (20) Bei einer Abweichung des befürworteten vom beantragten Behandlungsumfang (Teilbefürwortung) gibt die Gutachterin oder der Gutachter mindestens eine Kurzbegründung an oder nutzt das auf dem PTV 5 vorgesehene Freitextfeld für eine Erläuterung; dies gilt auch, wenn insgesamt keine Behandlung befürwortet wird (Nichtbefürwortung).

§ 13 Entscheidung zur Leistungspflicht

- (1) Sind bei Anträgen auf Psychotherapie 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) ¹Die Mitteilung zur Anerkennung der Leistungspflicht enthält die Anzahl der bewilligten Therapieeinheiten unter Angabe der Gebührenordnungspositionen sowie die Kontaktinformationen einer Ansprechpartnerin oder eines Ansprechpartners für Rückfragen. ²Bei Leistungen der Gruppentherapie in einer Gruppen- oder Kombinationsbehandlung erstreckt sich die Anerkennung der Leistungspflicht auf alle Gebührenordnungspositionen des jeweiligen Therapieverfahrens in der Kurzzeittherapie oder in der Langzeittherapie gemäß den ersten vier Stellen der im Formblatt PTV 2 angegebenen Gebührenordnungsposition sowie die nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie möglichen Gruppengrößen. ³Dies ermöglicht eine Änderung der Gruppengröße im Behandlungsverlauf.
- (3) ¹Legt die Versicherte oder der Versicherte gegen die Ablehnung einer Kurzzeittherapie Widerspruch ein, kann die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme einholen. ²Liegen die formalen Voraussetzungen für die Leistungspflicht bei Anträgen auf Langzeittherapie vor, muss die Krankenkasse vor der Ablehnung eines Antrags eine gutachterliche Stellungnahme einholen. ³Wurde 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 Gutachten durch eine oder einen gemäß § 12 Abs. 16 erweitert bestellte Gutachterin oder erweitert bestellten Gutachter einholen (Zweitgutachten).
- (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.
- (1a) Die Psychotherapeutische Sprechstunde kann bei Menschen mit einer geistigen Behinderung gemäß § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens zehnmal je Krankheitsfall gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä durchgeführt werden.

- (2) ¹Bedarf eine Versicherte oder ein Versicherter einer Behandlung nach den §§ 11a (Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung), 12 (Probatorische Sitzung), 13 (Psychotherapeutische Akutbehandlung) und/oder 15 (Richtlinienpsychotherapie) der Psychotherapie-Richtlinie, müssen im Quartal der ersten Behandlung und/oder den drei vorherigen Quartalen insgesamt mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde erbracht worden sein. ²Die in § 11 Abs. 7 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Ausnahmen bleiben von der Regelung in Satz 1 unberührt.

§ 15 Psychotherapeutische Akutbehandlung

- (1) ¹Die Therapeutin oder der Therapeut zeigt der Krankenkasse eine Akutbehandlung spätestens mit ihrem Beginn auf dem Formular PTV 12 an. ²In dem Formular PTV 12 werden Versichertennummer, Datum des Behandlungsbeginns und Diagnose (endständig) angegeben. ³Zudem wird angegeben, 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) ¹Nach § 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. ²Bei der Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen kann es zur Erreichung des Therapieziels notwendig sein, relevante Bezugspersonen einzubeziehen; die für diese Einbeziehung vorgesehene Anzahl der Einheiten soll ein Verhältnis von 1:4 zur Anzahl der Einheiten der Versicherten oder des Versicherten möglichst nicht überschreiten. ³Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen vorgesehene Anzahl der Einheiten ist der Anzahl der Einheiten für die Akutbehandlung der Versicherten oder des Versicherten hinzuzurechnen. ⁴Die Regelungen nach Satz 2 und 3 gelten für Menschen mit einer geistigen Behinderung gemäß § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie entsprechend.
- (3) ¹Sofern 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. ²Die erbrachten Stunden der Akutbehandlung werden auf das Therapiekontingent einer Richtlinien therapie gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie angerechnet.
- (4) ¹Eine Akutbehandlung parallel zu einer laufenden Richtlinien therapie gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie ist ausgeschlossen. ²Eine Akutbehandlung innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien therapie ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

§ 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.

§ 17 Videokonferenzen

- (1) ¹Psychotherapeutische Leistungen können abweichend von § 1 Abs. 4 über Videokonferenzen erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. ²Die Entscheidung zur Durchführung einer psychotherapeutischen Leistung über eine Videokonferenz erfolgt gemeinsam durch die Versicherte oder den Versicherten und die Therapeutin oder den Therapeuten unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und der Lebensumstände der Versicherten oder des Versicherten. ³Die Vorschriften der jeweiligen Berufsordnungen, insbesondere der Sorgfaltspflichten gelten entsprechend.
- (2) ¹Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung erfordern den unmittelbaren persönlichen Kontakt zwischen Therapeutin oder Therapeut und Versicherte oder Versicherten. ²Der Einbezug von Bezugspersonen über Videokonferenzen ist zulässig, sofern für diese Leistungen die Durchführung über eine Videokonferenz zulässig ist.
- (3) Folgende Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie erfordern den unmittelbaren persönlichen Kontakt zwischen Therapeutin oder Therapeut und der Versicherten oder dem Versicherten:
 1. Psychotherapeutische Sprechstunde nach § 11 der Psychotherapie-Richtlinie
 2. Probatorische Sitzungen nach § 12 der Psychotherapie-Richtlinie
 3. Hypnose nach § 26 Abs. 1 Nr. 3 der Psychotherapie-Richtlinie
- (4) Die Therapeutin oder der Therapeut hat dafür Sorge zu tragen, dass spätestens zu Beginn der Durchführung einer psychotherapeutischen Leistung über eine Videokonferenz
 1. die mündliche Aufklärung der Versicherten oder des Versicherten zur Durchführung einer Videokonferenz erfolgt und die Einwilligung zur Videokonferenz eingeholt wird,
 2. Regelungen über einen alternativen Kontaktweg bei Verbindungsabbrüchen getroffen werden und
 3. sofern erforderlich, Regelungen zum Vorgehen bei gegebenenfalls aufkommender Eigen- oder Fremdgefährdung getroffen werden.

- (5) Die Durchführung psychotherapeutischer Leistungen über Videokonferenzen erfolgt sowohl bei der Therapeutin oder dem Therapeuten als auch bei der Versicherten oder dem Versicherten in einer sicheren, störungsfreien Umgebung, die einen geschützten Raum ermöglicht. Alle Teilnehmerinnen oder Teilnehmer der Videokonferenz müssen stets eindeutig mit einem Videobild erkennbar sein.
- (6) Psychotherapeutische Leistungen über Videokonferenzen können nur durch diejenige Therapeutin oder denjenigen Therapeuten erbracht werden, die oder der die Versicherte oder den Versicherten auch im unmittelbaren persönlichen Kontakt behandelt. Therapeutin oder Therapeut und Versicherte oder Versicherter sollen sich grundsätzlich in örtlicher Nähe zueinander befinden. Die Therapeutin oder der Therapeut hat sicherzustellen, dass die Behandlung bei gegebener Notwendigkeit im unmittelbaren persönlichen Kontakt durchgeführt werden kann.
- (7) Bei Gruppenpsychotherapien nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie sind Videokonferenzen abweichend von § 21 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 der Psychotherapie-Richtlinie nur durch eine Therapeutin oder einen Therapeuten durchführbar. Bei gruppenpsychotherapeutischen Leistungen nach § 11a und § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie sind Videokonferenzen mit einer Gruppengröße von insgesamt bis zu neun Teilnehmerinnen oder Teilnehmer, einschließlich Patientinnen oder Patienten, Therapeutin oder Therapeut und gegebenenfalls einzubeziehender Bezugspersonen, zulässig.
- (8) Die Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde (Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) gilt für die Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen über Videokonferenzen entsprechend; insbesondere die Regelungen zu den „Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (§ 3 der Anlage 31b zum BMV-Ä) und zu den „Anforderungen an den Vertragsarzt“ (§ 4 der Anlage 31b zum BMV-Ä) sind zu berücksichtigen.

Teil D – Abrechnung

§ 18

- (1) ¹Die durchgeführten psychotherapeutischen Leistungen werden über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. ²Für die Vergütung der Ambulanzen nach § 117 Abs. 3 bis 3b SGB V gilt § 117 Abs. 3c SGB V in Verbindung mit § 120 Abs. 2 SGB V.
- (2) Während der Durchführung oder Fortsetzung einer bewilligten Psychotherapie können Testverfahren nach den GOP 35600-35602 des EBM bei Kurzzeittherapie bis zu dreimal berechnet werden; bei Langzeittherapie ist eine darüber hinaus gehende viermalige Berechnung, damit insgesamt bis zu siebenmal, 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) ¹Leistungen der Rezidivprophylaxe sind hinter der Abrechnungsposition mit einem „R“ zu kennzeichnen. ²Werden im Rahmen der Rezidivprophylaxe Therapieeinheiten zur Einbeziehung von Bezugspersonen abgerechnet, sind die Leistungen hinter der Abrechnungsposition mit einem „U“ zu kennzeichnen.
- (6) ¹Die Durchführung und Abrechnung von Gruppenbehandlungen, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patientinnen und Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet wird, ist zulässig. ²Die gleichzeitige Anwendung von Gruppentherapie und probatorischen Sitzungen im Gruppensetting bei derselben Patientin oder bei demselben Patienten in derselben Sitzung ist unzulässig.
- (7) Die gemeinsame Durchführung von Gruppentherapien und probatorischen Sitzungen im Gruppensetting durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Teil E – Formblätter

§ 19

- (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) und Muster 7/E gemäß Anlage 2a des BMV-Ä (Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken 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) und Muster 22/E gemäß Anlage 2a des BMV-Ä (Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken 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 einer Akutbehandlung

- (2) ¹Der Konsiliarbericht (Muster 22) wird im Vierfachsatz erstellt. ²Das 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) ¹Das Formblatt PTV 1 (Antrag des Versicherten auf Psychotherapie) wird im Dreifachsatz erstellt. ²Das Original (PTV 1a) ist für die Krankenkasse, die erste Durchschrift für die Therapeutin oder den Therapeuten (PTV 1b) und die zweite Durchschrift für die Versicherte oder den Versicherten bestimmt (PTV 1c).
- (4) ¹Das Formblatt PTV 2 (Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten) wird im Dreifachsatz erstellt. ²Das Original (PTV 2a) ist für die Krankenkasse 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 Freiumschlags 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) ¹Das Formblatt PTV 5 wird im Dreifachsatz erstellt. ²Die 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. ³Die 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 oder des Ergänzungsberichts 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) ¹Das Formblatt PTV 11 ist eine individuell zu erstellende Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde und wird im Zweifachsatz erstellt. ²Das Original (PTV 11a) ist für die Versicherte oder den Versicherten und die erste Durchschrift für die Therapeutin oder den Therapeuten bestimmt (PTV 11b).
- (11) ¹Das Formblatt PTV 12 (Anzeige einer Akutbehandlung) wird im Zweifachsatz erstellt. ²Das Original (PTV 12a) ist für die Krankenkasse und die erste Durchschrift für die Therapeutin oder den Therapeuten (PTV 12b) bestimmt.
- (12) ¹Die 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. ²Die Formblätter PTV 4 und PTV 5 dieser Vereinbarung hält die Krankenkasse bereit. ³Die 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.

§ 19a Datenaustausch

- (1) Im Verfahren zur Anzeige oder zum Antrag einer psychotherapeutischen Leistung benötigen die Krankenkassen zur Bearbeitung wesentliche, nachfolgend genannte versichertenbezogene Angaben, zu deren Übermittlung die Versicherten nach §§ 60 bis 66 SGB I verpflichtet sind.
- (2) Im Verfahren zur Anzeige für die Akutbehandlung übermittelt die Therapeutin oder der Therapeut folgende Daten der Versicherten oder des Versicherten an die zuständige Krankenkasse. Hierfür nutzt die Therapeutin oder der Therapeut das Formular PTV 12.
 - a. Daten der Patientin oder des Patienten
 - b. Beginn der Akutbehandlung
 - c. Diagnosen (endständig)
 - d. Angaben zur Durchführung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde und ggf. Vorbehandlungen
- (3) Im Verfahren zum Antrag auf eine Psychotherapie übermittelt die Therapeutin oder der Therapeut folgende Daten der Versicherten oder des Versicherten an die zuständige Krankenkasse. Hierfür nutzt die Therapeutin oder der Therapeut das Formular PTV 2.
 - a. Chiffre der Patientin oder des Patienten (pseudonymisiert)
 - b. Diagnosen (endständig)
 - c. Psychotherapie für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche

- d. Therapieverfahren
 - e. Antragsart (Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2, Langzeittherapie)
 - f. Anwendungsform (Behandlungssetting)
 - g. Anzahl der beantragten Therapieeinheiten und die dazugehörigen Gebührenordnungspositionen des EBM und ggf. Anzahl der für den Einbezug von Bezugspersonen beantragten Therapieeinheiten und die dazu gehörigen Gebührenordnungspositionen des EBM
 - h. Angabe, ob innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Behandlung bereits eine psychotherapeutische Behandlung nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie stattgefunden hat
 - i. Angabe zur Durchführung von probatorischen Sitzungen, einer Rezidivprophylaxe und ggf. zum bisherigen Behandlungsverlauf
 - j. Angaben zur letzten gutachterlichen Stellungnahme (falls vorhanden, Name des Gutachters, Datum der Stellungnahme)
- (4) Im Verfahren zum gutachterpflichtigen Antrag auf eine Psychotherapie übermittelt die Therapeutin oder der Therapeut folgende Daten der Versicherten oder des Versicherten in pseudonymisierter Form an die oder den von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder ausgewählten Gutachter. Der Bericht an den Gutachter und sonstige Befunde gemäß Vorlage PTV 3 werden in einem verschlossenen Umschlag (PTV 8) ungeöffnet von der Krankenkasse an die Gutachterin oder den Gutachter weitergereicht. Auf dem PTV 8 werden auch Angaben des PTV 2 an die Gutachterin oder den Gutachter übermittelt:
- a. Chiffre der Patientin oder des Patienten (pseudonymisiert)
 - b. Psychotherapie für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche
 - c. Therapieverfahren
 - d. Antragsart (Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2, Langzeittherapie)
 - e. Anwendungsform (Behandlungssetting)
- Die Gutachterin oder der Gutachter kann weitere notwendige Unterlagen für die Gutachtenerstellung unmittelbar bei der Therapeutin oder dem Therapeuten anfordern. Diese werden der Gutachterin oder dem Gutachter von der Therapeutin oder dem Therapeuten in pseudonymisierter Form übermittelt.
- (5) Im Verfahren zum Antrag auf eine Psychotherapie übermittelt die Krankenkasse folgende Daten der Versicherten oder des Versicherten in pseudonymisierter Form an die oder den von ihr ausgewählte Gutachterin oder ausgewählten Gutachter. Die Krankenkasse nutzt für die Beauftragung der Gutachterin oder des Gutachters das Formular PTV 4 sowie ggf. ein Ergänzungsblatt.
- a. Chiffre/Krankenkassenbearbeitungsnummer der Patientin oder des Patienten (pseudonymisiert)
 - b. Angaben zur letzten gutachterlichen Stellungnahme (falls vorhanden, Name des Gutachters, Datum der Stellungnahme)
 - c. Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume; falls vorhanden)

- d. Informationen zu ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Art der Behandlung, Zeitpunkt der Antragsstellung und Bewilligung, beantragte Stundenkontingente; falls vorhanden)
 - e. stationäre, teilstationäre Krankenhausbehandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger; falls vorhanden)
 - f. rehabilitative Verfahren der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume Institution, Kostenträger; falls vorhanden)
- (6) Im Verfahren zum Antrag auf eine Psychotherapie übermittelt die Gutachterin oder der Gutachter folgende Daten der Versicherten oder des Versicherten in pseudonymisierter Form an die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten sowie die zuständige Krankenkasse und bei Zweitgutachten auch an die vorherige Gutachterin oder den vorherigen Gutachter. Hierfür nutzt die Gutachterin oder der Gutachter das Formular PTV 5, sowie ggf. ein Ergänzungsblatt.
- a. Chiffre/Krankenkassenbearbeitungsnummer der Patientin oder des Patienten (pseudonymisiert)
 - b. Angabe der beantragten Therapieeinheiten und der dazugehörigen Gebührenordnungspositionen des EBM
 - c. Angabe der befürworteten Therapieeinheiten und der dazugehörigen Gebührenordnungspositionen des EBM
 - d. Angabe der für den Einbezug von Bezugspersonen beantragten Therapieeinheiten und der dazugehörigen Gebührenordnungspositionen des EBM
 - e. Angabe der für den Einbezug von Bezugspersonen befürworteten Therapieeinheiten und der dazugehörigen Gebührenordnungspositionen des EBM
 - f. Nur an die Therapeutin oder den Therapeuten: Begründung bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung
 - g. Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

Teil F – Übergangsbestimmungen

§ 20

- (1) ¹Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund der bis zum 31.12.1998 gültigen Psychotherapievereinbarungen eine Abrechnungsgenehmigung erhalten haben, behalten diese in gleichem Umfang. ²Dies 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) ¹Psychologische 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. ²Eine 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. ³Voraussetzung 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) ¹Psychologische 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. ²Voraussetzung 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. ³Die Abrechnungsgenehmigung ist befristet für den Zeitraum der Ermächtigung zu erteilen. ⁴Wird 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) ¹Diejenigen 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. ²Dies gilt auch für die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen 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) ¹Bei 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. ²Soll eine vor dem 1. April 2017 beantragte Kurzzeittherapie ab dem 1. April 2017 in eine Langzeitthera-

pie umgewandelt werden, oder soll eine vor dem 1. April 2017 beantragte Langzeittherapie ab dem 1. April 2017 fortgeführt 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.³Bei 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 § 30 der Psychotherapie-Richtlinie beantragt werden.

- (7) ¹Eine Bewerbung gemäß § 12 Abs. 5 dieser Vereinbarung ist auch erforderlich, wenn die Interessentin oder der Interessent bereits bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Bewerberin oder Bewerber für eine Gutachtertätigkeit (vormals Bewerberliste) geführt wurde. ²Gutachterinnen und Gutachter, die zum 1. Juli 2017 bereits bestellt sind, können bis zum 30. Juni 2019 als Gutachterin oder Gutachter tätig bleiben. ³Für eine Bestellung als Gutachterin oder Gutachter für den vollständigen Bestellzeitraum vom 1. Januar 2018 bis zum 31. Dezember 2022 ist es erforderlich, dass sich auch die bereits zum 1. Juli 2017 bestellten Gutachterinnen und Gutachter erneut nach § 12 Abs. 5 bewerben. ⁴Die Vorgaben nach § 12 Abs. 10 werden mit der Bestellung von Gutachterinnen und Gutachtern nach § 12 Abs. 4 Satz 2 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. ⁵Das Verfahren gemäß § 12 Abs. 16 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 9. Mai 2017 endet zum 30. Juni 2019.
- (8) ¹Abweichend von § 12 Abs. 4 dieser Vereinbarung bestellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband Gutachterinnen und Gutachter für Systemische Therapie bei Erwachsenen erstmalig zum 01.07.2020 befristet bis zum 31.12.2022. ²Abweichend von § 12 Abs. 4 und Abs. 5 rufen die Vertragspartner dieser Vereinbarung durch Ausschreibung im Deutschen Ärzteblatt und dessen Ausgabe PP spätestens zwei Monate vor einer Bestellung gemäß Satz 1 zur Bewerbung für eine Gutachtertätigkeit in Systemischer Therapie bei Erwachsenen auf; eine Bewerbung für ein anderes Psychotherapieverfahren im Rahmen dieser Ausschreibung ist nicht zulässig. ³Eine bestehende Bestellung in einem anderen Verfahren steht einer Bewerbung für eine Gutachtertätigkeit in Systemischer Therapie bei Erwachsenen nicht entgegen. ⁴Bei einer Bewerbung für eine Gutachtertätigkeit gemäß § 12 Abs. 16 dieser Vereinbarung für Systemische Therapie bei Erwachsenen kann die drei Jahre andauernde Bestellung als Gutachter gemäß § 12 Abs. 4 dieser Vereinbarung auch durch eine Gutachtertätigkeit in einem anderen Verfahren nachgewiesen werden.
- (9) ¹Liegen bei Ärztinnen und Ärzten keine entsprechenden Weiterbildungszeugnisse vor, kann die Qualifikation in Systemischer Therapie bei Erwachsenen abweichend von § 5 Abs. 9 dieser Vereinbarung den Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 30.06.2026 durch entsprechende Bescheinigung oder Zeugnis der zuständigen Ärztekammer nachgewiesen werden, aus der sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen erworben wurden. ²Die in § 5 Abs. 9 dieser Vereinbarung verwendeten Bezeichnungen für Facharzt- und Zusatz-Weiterbildungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in der Fassung vom 20.09.2019 und schließen auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein,

welche eine entsprechende Bezeichnung nach dem Recht früherer geltender Weiterbildungsordnungen oder (Muster-)Weiterbildungsordnungen führen.

- (10) Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten können die Qualifikation in Systemischer Therapie bei Erwachsenen abweichend von § 6 Abs. 8 dieser Vereinbarung den Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 30.06.2026 durch entsprechende Bescheinigung oder Zeugnis der zuständigen Psychotherapeutenkammer nachweisen, aus der sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen, gleichwertig mit der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie gemäß Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, erworben wurden; Voraussetzung hierfür ist, dass keine Zusatzweiterbildung in Systemischer Therapie und auch keine Übergangsregelungen zur Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen gemäß der Weiterbildungsordnung der zuständigen Psychotherapeutenkammer bestehen.

Teil G – Inkrafttreten

§ 21

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

Teil H – Kündigung

§ 22

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

Protokollnotiz

Die Vertragspartner werden die Psychotherapie-Vereinbarung zeitnah anpassen, sobald eine neue Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor dem Hintergrund der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes vom 15. November 2019 verabschiedet worden ist.

Anlage 1 – Formblätter

Berlin, den 02.02.2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin