

DIE KLEINE EBM-FIBEL

**Tipps und Hinweise
für Psychotherapeuten
zum Umgang
mit dem
EBM 2000plus**

**Gesammelt vom
Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten
in Niedersachsen**

Ausgabe vom 25.09.2005

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Der *bvvp*-Niedersachsen hat die hier gesammelten Hinweise zur Abrechnung mit dem EBM 2000plus zwar gewissenhaft überprüft, lehnt aber jede Verantwortung für etwaige Fehler und daraus folgende Nachteile ab. Es wird ausdrücklich keine Gewähr für die Richtigkeit dieser Hinweise übernommen. Die Befolgung dieser Ratschläge erfolgt also auf eigene Gefahr.

INHALT

	SEITEN
A.) ALLGEMEINES	3
B.) ORDINATION, KONSULTATION, ALLG. PATIENTENKONTAKTE	4 - 5
C.) PSYCHOTHERAPEUTISCHES GESPRÄCH	6 - 7
D.) GEBÜHREN UND PAUSCHALEN	8
E.) BERICHTE UND DOKUMENTATION	9
F.) ANAMNESE	10
G.) KJP	11
H.) TESTVERFAHREN	12
I.) VERSCHIEDENE FRAGEN	13

***bvvp* – Niedersachsen e.V.**

Geschäftsstelle:
Bombergallee 1, 31812 Bad Pyrmont
Fon: 05281/151172, Fax: 05281/151171
E-Mail: post@bvvp-nds.de
Homepage: www.bvvp-nds.de

A.) ALLGEMEINES

Wie verhält es sich mit der Berichtspflicht?

Nach den allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000plus sind eine Reihe von Leistungen erst dann berechnungsfähig, wenn ein Bericht bzw. eine Befundkopie an den Hausarzt erfolgt ist. Für Leistungen des Kapitels 22, 23 und 35 sieht der EBM keine Berichtspflicht vor. Für psychotherapeutische Leistungen gilt die Berichtspflicht also nicht. Unabhängig davon besteht allerdings die allgemeine Berichtspflicht nach dem Bundesmantelvertrag (§ 24, Abs. 6) weiterhin fort.

Was gehört zu den nicht-budgetierten Leistungen?

Nicht dem Punktzahlgrenzvolumen nach dem HVV unterliegen die sog. freien Leistungen, die in Anlage 3 des Vierten Abschnittes des HVV definiert sind (u. a. die Nrn. 35130 bis 35150 sowie die Nrn. 35200 bis 35225).

Ist die Zweijahressperrfrist nach Beendigung einer Psychotherapie mit dem neuen EBM aufgehoben ?

Die Psychotherapie-Vereinbarungen sehen in § 11 Abs. 4 des Teil C folgendes vor: "Wird Kurzzeittherapie in Langzeittherapie übergeführt, ist die bewilligte Kurzzeittherapie auf das Kontingent der Langzeittherapie anzurechnen. Die Krankenkasse hat diesen Antrag einem Sachverständigen zur Begutachtung vorzulegen. Das gleiche gilt, wenn nach Abschluss einer Therapie eine Kurzzeittherapie beantragt werden soll, es sei denn, dass zwischen dem Abschluss der Therapie und dem Zeitpunkt der Antragstellung ein Zeitraum von mehr als 2 Jahren liegt." Diese Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarung werden durch die Bestimmungen des EBM nicht berührt.

Krankheitsfall / Behandlungsfall

Mit dem EBM 2000plus ist auch eine Änderung zur Definition des Krankheitsfalles erfolgt. Bisher war der Krankheitsfall durch eine Erkrankung, sprich Diagnose eines Patienten, sowie die dazu notwendigen Maßnahmen zur Linderung oder Heilung der Erkrankung bestimmt. Im Bereich Psychotherapie konnte deshalb der Krankheitsfall durchaus einen sehr langen Zeitraum umspannen, sofern sich keine neue Diagnose ergeben hat. Die Definition des Krankheitsfalles im Bundesmantelvertrag wurde schon vor einiger Zeit verändert. Durch den neuen EBM wird diese schon länger existierende Veränderung jetzt wirksam. Der Krankheitsfall ist nun definiert als das Quartal, in dem der Patient zum ersten Mal wegen einer bestimmten Diagnose ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe aufsucht plus die drei folgenden Quartale. Der Krankheitsfall ist also nach dieser neuen Definition etwa ein Jahr, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt der Patient im ersten Quartal dieses Krankheitsfalles zum Arzt oder Psychotherapeuten kommt. Kommt er z.B. am 01.01. des 1. Quartals, dann ist der Krankheitsfall ziemlich genau ein Kalenderjahr, kommt er aber erst am 31.03. des 1. Quartals, dann ist der Krankheitsfall etwa ein Dreivierteljahr. Dies ist künftig zu beachten bei allen auf den Krankheitsfall bezogenen Leistungen, wie z. B. der biographischen Anamnese.

Der Behandlungsfall bleibt, wie bisher schon, das Quartal. Daran hat sich nichts geändert und die auf den Behandlungsfall bezogenen Abrechnungsbestimmungen, wie z. B. der Ordinationskomplex, sind jedes Quartal zu erbringen und bleiben davon unberührt.

B.) ORDINATION, KONSULTATION, ALLG. PATIENTENKONTAKTE

Wann ist der Ordinationskomplex abzurechnen?

Der Ordinationskomplex ist einmal im Quartal (Behandlungsfall) beim ersten persönlichen Therapeut-Patienten-Kontakt berechnungsfähig. Auch wenn nur Gesprächsleistungen nach den Kapiteln 22 und 23 erbracht werden, ist zuerst der Ordinationskomplex abzurechnen. Alle weiteren berechnungsfähigen Leistungen sind daneben abrechenbar mit Ausnahme des Konsultationskomplexes an demselben Tag.

Muss der Therapeut-Patienten-Kontakt zur Berechnung des Ordinationskomplexes 10 Minuten dauern, wenn antragspflichtige Psychotherapieleistungen daneben abgerechnet werden?

Nein! Der Ordinationskomplex beinhaltet fakultativ eine Beratung von 10 Minuten Dauer. Wird der Ordinationskomplex neben antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen abgerechnet, muss der Therapeut-Patienten-Kontakt nicht jeweils 10 Minuten länger dauern. Wird der Ordinationskomplex jedoch an demselben Tag neben der Beratungs-/Erörterungsleistung nach 23220 EBM 2000plus abgerechnet, muss der Therapeut-Patienten-Kontakt mindestens 20 Minuten dauern.

Was ist der Konsultationskomplex?

Die einzutragende Ziffer für den Konsultationskomplex unterscheidet sich zwischen den einzelnen Abrechnungsgruppen. Für psychologische und KJ-Psychotherapeuten ist dies z.B. die Ziffer "23215", für Fachärzte für Psychiatrie die "21215". Der Konsultationskomplex muss nach jedem neuen Kontakt neu eingegeben bzw. aufgeschrieben werden. Beim Erstkontakt kann stattdessen aber der wesentlich besser honorierte Ordinationskomplex abgerechnet werden. Es bestehen keine weiteren Abrechnungsausschlüsse; d.h. sie können den Konsultationskomplex immer neben allen anderen Leistungen, ausser dem Ordinationskomplex, abrechnen. Das mehrfache Abrechnen des Konsultationskomplexes an einem Kalendertag ist allerdings nicht möglich.

Als Konsultationskomplex abrechenbare Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen und / oder mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Diese Einschränkung schließt berufsrechtlich nicht statthafte Kontakte (z.B. E-Mails) ausdrücklich aus. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt setzt aber nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt und Patient am gleichen Ort voraus. Damit lässt der neue EBM erstmals auch zu, dass Telefonanrufe abgerechnet werden können. Wichtig ist dabei in jedem Fall, dass das Gespräch auch schriftlich kurz zu dokumentieren.

Es können dann evt. zusätzlich auch Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01101 (unvorhergesehene Inanspruchnahme) (bzw 01102 für Ärzte) gerechnet werden. Zum Beispiel bei Krisentelefonate zur Nachtzeit mit schwer gestörten Patienten. Das sind dann wesentlich höher bewertete Leistungen (500 Punkte Nacht 19.00 – 22.00 Uhr), 800 Punkte (tiefe Nacht 22.00 – 7.00 Uhr)). Auch hier empfiehlt es sich dringend, eine gute Dokumentation anzufertigen. Es sind aber nur Anrufe oder persönliche Kontakte, die ungeplant und vom Patienten ausgehend stattfinden, abzurechnen. Alles andere, auch ungeplante Anrufe während der Sprechstunde, fallen nicht darunter. Dafür wäre dann der einfache Konsultationskomplex abzurechnen.

Als Kalkulations- und Prüfzeit sind für den Konsultationskomplex jeweils 2 Minuten vorgesehen. Das bedeutet, das ihr tägliches "Zeitkonto" bei z.B. täglich 5maliger Abrechnung sich um insgesamt 10 Minuten verringert.

Darf die 23214 (Ordinationskomplex KJP) auch von Nervenärzten mit Abrechnungsgenehmigung PT bei Kindern und Jugendlichen berechnet werden?

Nein, der Zulassungsstatus ist entscheidend.

Wie wird der Telefonkontakt abgerechnet?

Telefonische Arzt-Patienten-Kontakte sind nur als Konsultationskomplex, ggf. zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme, Inanspruchnahme an Samstagen), berechnungsfähig. Der Konsultationskomplex setzt nicht voraus, dass im Quartal oder in Vorquartalen ein Kontakt zum Patienten stattgefunden hatte. Es ist also möglich, den telefonischen Erstkontakt zum Patienten mit darauffolgender erster Stunde bereits als Konsultationskomplex abzurechnen.

Wofür ist die Verwaltungsgebühr abrechenbar?

Der Verwaltungskomplex nach Nr. 01430 ist für die Übermittlung von Befunden an den Patienten im Auftrag des Arztes bzw. Therapeuten durch das Praxispersonal abrechenbar. Für das alleinige Ausstellen von Quittungen für die Praxisgebühr kann die Leistung nach Nr. 01430 nicht berechnet werden.

Die Nr. 21217 (Supportive psychiatrische Behandlung) sieht einen Zuschlag für die supportive psychiatrische Behandlung vor. Für welche Leistungen gilt dieser Zuschlag? Ist Nr. 21217 z.B. zusätzlich zu anderen Gesprächsleistungen abrechenbar?

Die Nr. 21217 ist neben allen anderen Leistungen abrechnungsfähig.

bwvp - Niedersächsisches

C.) PSYCHOTHERAPEUTISCHES GESPRÄCH

Ist die Zehnminutenziffer (22220 bzw. 23220) auch während laufender Richtlinienpsychotherapie abrechenbar, nur nicht in der gleichen Sitzung?

Der EBM sieht einen Abrechnungsausschluss der Leistungen nach den Nr. 22220 bzw. 23220 "nicht neben den Leistungen des Abschnitts 35.1" vor. Somit ist das Psychotherapeutische Gespräch (Einzelbehandlung) lediglich in derselben Sitzung nicht neben den Leistungen nach Abschnitt 35.1 (Nicht antragspflichtige Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien) berechenbar. Unter einer Sitzung versteht man in diesem Zusammenhang ein- und denselben Arzt-/Patientenkontakt. Dies bedeutet, dass die Leistungen am Tag ggf. auch mehrfach abrechenbar sind, wenn durch Angabe der Uhrzeit in der Abrechnung klargestellt wird, dass es sich um mehrere Arzt-/Patientenkontakte gehandelt hat.

An dem Tag, an dem auch der Ordinationskomplex zur Abrechnung kommt und gleichzeitig eine 10-Minuten-Gesprächsziffer abzurechnen ist, müssen 20 Minuten Mindestgesprächszeit eingehalten werden. Im Ordinationskomplex ist fakultativ eine 10-minütige Gesprächszeit enthalten, die dann abgerufen wird, wenn Sie außerhalb der Richtlinienpsychotherapie ein Gespräch im Rahmen der 10-Minuten-Ziffer anbieten und durchführen.

Die Gesprächsleistungen der Kapitel 22 und 23 können nicht am Telefon, sondern nur im persönlichen Patienten-Kontakt erbracht werden.

Ist die Berechnung des psychotherapeutischen Gespräches nach 23220 EBM 2000plus nach Abschluss der Therapie möglich?

Ja! Die Leistung nach 23200 EBM 2000plus ist für alle Gespräche erechnungsfähig, z. B. auch für Kriseninterventionen. Das Gespräch muss aber mindestens 10 Minuten dauern und ist an demselben Tag nicht neben den psychotherapeutischen Leistungen nach den Abschnitten 35.1 und 35.2 EBM 2000plus berechnungsfähig. Der Krankenkasse sollte weiterhin eine Mitteilung über die Beendigung der bewilligten Therapie gegeben werden. Auch in diesem Fall ist die Gesprächsleistung nach 23220 EBM 2000plus berechnungsfähig, wenn der Patient später nochmals wieder in die Sprechstunde kommt.

Wie ist die Gesprächsleistung nach 23220 EBM 2000plus berechnungsfähig, wenn das Gespräch z. B. 30 Minuten dauert?

Dauert das Gespräch z. B. 30 Minuten ist die 23220 EBM 2000plus insgesamt 3mal berechnungsfähig. Dabei ist die 23220 EBM 2000plus einmal auf dem Abrechnungsschein einzutragen mit dem entsprechenden Multiplikator, also 23222 (3x).

Ist die Nr. 22220 (psychotherapeutisches Gespräch) auch telefonisch erbringbar?

Nein.

Worin unterscheidet sich die 22221 (Psychosomatisches Gespräch) von der 35110 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen)? Hier wird geradezu dazu aufgefordert jede psychosomatische Gesprächsleistung, die länger als 20 min dauert, mit 2x 22221 abzurechnen.

Die Positionen sind nach Inhalt des Gesprächs abzurechnen.

Laut Präambel zu Kapitel 23, Punkt 5 können Leistungen aus dem Kapitel 35 berechnet werden, jedoch können die Leistungen nach den Nrn. 35100 und 35110 (Diagnose und Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen. Somit würden die Nrn. 35100 und 35110 Psychologischen Psychotherapeuten nicht zur Verfügung stehen

Nichtärztliche Psychotherapeuten dürfen die Ziffern 35100 und 35110 nicht abrechnen.

bwvp - Niedersachsen

D.) GEBÜHREN UND PAUSCHALEN

Unzeitgebühr 01102 bei PP/KJP?

Die Leistung nach Nr. 01102 ist gemäß der Präambel zu Kapitel 23 Nr. 5 von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht berechnungsfähig.

Hausbesuchsgebühr bei PP/KJP fehlt, wieso?

Der EBM sieht - wie bisher auch - eine Berechnungsfähigkeit der Leistungspositionen nach den Nrn. 01410 - 01414 für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht vor (siehe Präambel zu Kapitel 23, Nr. 5). Für ärztliche Kolleginnen und Kollegen ist für Hausbesuche die Ordinations-, bzw Konsultationsgebühr, die Wegepauschale und die probat. Sitzung oder Therapiestunde anzusetzen.

Wegepauschale für alle Psychotherapeuten abrechenbar?

Die Wegepauschalen sind in Ausnahmefällen (z. B. Begleitungen bei Konfrontationstherapien) insbesondere für Verhaltenstherapeuten, aber auch für alle anderen Richtlinien-Therapeuten berechnungsfähig.

Wie verhält es sich mit den Kostenpauschalen gemäß GOP 40144?

Die Kostenpauschale nach Nr. 40144 für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen, ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses kann von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Zusammenhang mit ihren Leistungen berechnet werden (siehe Präambel zu Kapitel 40, Nr. 1).

Sind 35100, 35110 (Diagnostik und Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) nur von psychosomatischen Arzt abrechenbar?

Die Leistungen nach den Nr. 35100 und 35110 sind nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

E.) BERICHTE / DOKUMENTATION

Wie verhält es sich mit dem ärztlichen Bericht gemäß GOP 01601?

Die Leistung nach der Nr. 01601 ist sowohl von ärztlichen Psychotherapeuten als auch von Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin berechenbar. Für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind die Leistungen nach Nr. 01601 (Ärztlicher Brief) und Nr. 01602 (Gebühr für die Mehrfertigung eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt) nicht berechnungsfähig (siehe Präambel zu Kapitel 23, Nr. 5).

Ist ein ausführlicher Befundbericht an einen anderen Arzt im Rahmen der Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme abrechnungsfähig?

Berechnungsfähig wäre ggf. der Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung nach 01600 EBM 2000plus, der mit 100 Punkten bewertet ist. Denkbar wäre auch, vom Rentenversicherungsträger einen Antrag anzufordern und dann die entsprechende Leistung direkt mit dem Rentenversicherungsträger abzurechnen.

Wenn ein Gutachter/Obergutachter noch einen Bericht nachfordert oder noch Informationen anfordert, ist der Bericht dann zweimal berechnungsfähig?

Nein! Diese Leistungen sind mit dem ersten Bericht abgegolten. Es ist davon auszugehen, dass in diesem Fall der erste Bericht zumindest zum Teil nicht vollständig war.

Ist der Bericht zweimal abrechnungsfähig, wenn zunächst ein Gutachter eingeschaltet wird und dann aber noch ein Obergutachter angefordert wird?

Ja!

Wie kann der Konsiliarbericht abgerechnet werden?

Nach dem neuen EMB 2000 plus kann der Arzt, der den Konsiliarbericht erstellt, die Ziffer 01612 abrechnen.

Wie ist ein Konsil nach der bisherigen 42 EBM zukünftig abzurechnen?

Ein Konsil ist nach dem EBM 2000plus nicht mehr gesondert berechnungsfähig, sondern in Anhang 1 zum EBM 2000plus aufgeführt und damit in Komplexen enthalten.

Wie kann die obligatorische Mitteilung an die Krankenkasse nach Beendigung einer Psychotherapie abgerechnet werden?

Man ist als Therapeut zwingend verpflichtet, der Krankenkasse das Ende einer Therapie mitzuteilen. Empfehlenswert ist es, dies noch im gleichen Quartal zu tun. Nur so kann man die Kosten dafür von der Krankenkasse als Leistung einfordern (EBM Nr. 01620 zu 80 Punkten und Nr. 40120 für Porto).

F.) ANAMNESE

Wie sind die Ziffern zur biografischen Anamnese (35140 und 35141) abrechenbar?

Die Ziffern 35140 und 35141, sowie 35142 bilden zusammen einen abgestuften Komplex zur Exploration der Krankheit eines Patienten am Anfang der Therapie. Die Ziffer 35140 setzt nach bisherigem Wissensstand einen eigenen, zeitbewerteten Patientenkontakt von mindestens 50 minütiger Dauer voraus. Die Leistung zur Biografischen Anamnese ist also keine Schreibtischziffer. Sie geht am Tag der Erbringung auch in die Plausibilitätsprüfung (Tageszeit) ein.

Besonders die Ziffer 35141 hat sich in ihrer Beschreibung sehr stark verändert, gegenüber der alten Ziffer 861. Die 35141 ist nur noch bei Verlängerung oder Therapieende abrechenbar. Sie ist auch keinesfalls als unmittelbare Verlängerung der Ziffer 35140 zu sehen. Hier gibt es eindeutige Kommentierungen z.B. von Wezel-Liebold, die das ausschließen. Auch die Erbringung der 35141 als reine Schreibtischziffer scheidet aus. Es muss ein mindestens 20-minütiger Arzt-Patientenkontakt stattfinden.

Die 35141 (2x im Krankheitsfall) ist Zuschlag zur 35140 (einmal im Krankheitsfall). Ist sie damit auch ohne Grundleistung abrechnungsfähig?

Ja.

Ist die 35140 biografische Anamnese auch während einer Therapie abrechenbar?

Ja. Allerdings ist die Leistung nur einmal im Krankheitsfall (aktuelle + nachfolgende 3 Kalendervierteljahre) berechnungsfähig. Auch wenn also eine neue, weitere Diagnose angegeben wird, handelt es sich dann nicht innerhalb eines Jahres um einen neuen Krankheitsfall im Sinne der bundesmantelvertraglichen Bestimmungen

Ist der Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde nach der bisherigen 862 EBM auch für Psychologische Psychotherapeuten berechnungsfähig?

Nein! Der Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde nach 35142 EBM 2000plus ist aufgrund einer allgemeinen Bestimmung zu dieser Leistung nicht von Psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähig.

Die psychiatrisch-neurologische Basisdiagnostik 35142, die nur von ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet werden kann, finden die Allgemeinärzte übrigens nicht im Kapitel 35, sondern im Kapitel 03, also im Hausärztkapitel. Es empfiehlt sich, hier noch einmal gründlich den EBM zu lesen, welche Leistungen für die als Allgemeinärzte Zugelassenen zutreffen könnten.

Der psychiatrisch-neurologische Basiskomplex 35142 kann öfter und nach dem Erfordernis des Falles abgerechnet werden, wann immer der Patient ein Problem psychiatrischer Art hat.

Wie ist ein Antrag auf Kurzzeittherapie berechnungsfähig, wenn eine Befreiung von der Gutachterpflicht vorliegt?

Eine gesonderte Berechnung für diesen Antrag ist leider nicht möglich, sondern mit der Berechnung des Ordinationskomplexes abgegolten. Wird der Antrag an die Kasse versandt, können jedoch hierfür Portokosten nach Kapitel 40 abgerechnet werden.

G.) KJP

Ist z.B. die Psychotherapie für die Bezugsperson, die bisher nach der 872B abgerechnet wurde, nicht mehr berechnungsfähig, da nicht im EBM 2000plus enthalten?
Die mit dem Zusatz "B" gekennzeichnete Leistung nach 872B ist auch zukünftig vorhanden. Es wird für die entsprechenden Leistungen des EBM 2000plus die Kennzeichnung für die Betreuung der Bezugsperson geben, sodass diese Betreuung weiterhin abrechnungsfähig ist, z. B. 35201B.

Kann die Beratungs-/Erörterungsleistung nach 23220 (Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung) dann abgerechnet werden, wenn das Kind therapiert wird und mit den Eltern ein Gespräch geführt wird?

Nein! Die Beratungs-/Erörterungsleistung nach 23200 EBM 2000plus ist an demselben Tag nicht neben den psychotherapeutischen Leistungen der Abschnitte 35.1 (nicht antragspflichtige Leistungen) und 35.2 (antragspflichtige Leistungen) berechnungsfähig, auch wenn es sich dabei um unterschiedliche Gespräche handelt.

Obligater Leistungsinhalt der Nr. 14240 (Ärztliche Koordination bei psychiatrischer Betreuung) ist die ärztliche Koordination intra- und/oder multiprofessioneller, extramuraler komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen. Fällt darunter auch die Schule und/oder Sonderschule und/oder Jugendamt?

In der Regel nicht.

Sind die Leistungen nach den Nrn. 14310 bis 14312 (Funktionelle Entwicklungstherapie) delegierbar?

Bei den Nrn. 14310 und 14311 ist die Durchführung delegierbar, die Indikation und Befundkontrolle ist Arztsache. Die Nr. 14312 ist nicht delegierbar.

Warum wurde die Nebeneinanderberechnung der Nrn. 14310/14311 (Funktionelle Entwicklungstherapie) neben 14220 (Gespräch) ausgeschlossen, im alten EBM war die Abrechnung der Nr. 847 neben Nr. 960 möglich (medizinisch indiziert z. B. bei neuen Aspekten zur Einschätzung einer laufenden Psychopharmakotherapie)?

Weil eine klare Leistungsabgrenzung im Einzelfall schwierig sein kann.

H.) TESTVERFAHREN

Sind die Testverfahren nach 35300 bis 35302 jetzt auch neben Psycho- und Verhaltenstherapieleistungen abrechenbar? Bisher war diese Abrechnung nicht möglich, und auch in der Psychotherapie-Richtlinie ist die Nebeneinanderberechnung dieser Leistungen ausgeschlossen.

Die Abrechnung von Testverfahren während laufender Psychotherapien ist nach wie vor nach den Psychotherapie-Richtlinien ausgeschlossen.

Sind die Testverfahren nach den 35300 und 35301 EBM 2000plus unbegrenzt berechnungsfähig?

Nein! Entsprechend der Allgemeinen Bestimmung des EBM zu diesem Abschnitt sind die Testverfahren für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur insgesamt bis zu 3000 Punkten und für Versicherte ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zu 2000 Punkten berechnungsfähig. Es können - sofern erforderlich - weitere Testverfahren erbracht werden, die allerdings über die Höchstpunktzahl hinaus nicht vergütet werden.

Wann sind die Testverfahren abrechnungsfähig? Reicht die alleinige Anwendung für die Berechnung aus? Kann die Auswertung später erfolgen?

Gemäß Leistungslegende handelt es sich bei den 35300 und 35301 EBM 2000plus um die Anwendung und Auswertung von Testverfahren. Die Auswertung eines Testverfahrens ist dabei jeweils obligater Leistungsbestandteil, sodass die 35300 und 35301 EBM 2000plus erst dann abgerechnet werden können, wenn auch die Auswertung eines Testverfahrens erfolgte. Andernfalls ist die Leistung nicht vollständig erbracht.

Gilt der Höchstwert bei den Testverfahren pro Patient oder ist er wie ein Budget zu sehen?

Der Höchstwert bei Testverfahren gilt pro Patient.

Die Nrn. 35300, 35301 und 35302 sind für Vertragsärzte und -psychotherapeuten berechnungsfähig, wenn sie über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie verfügen. Können Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Verhaltenstherapie verfügen, diese Leistungen auch berechnen?

Die Anmerkung hinter den Nrn. 35300-35302 schränkt den Genehmigungsrahmen nicht ein, sodass eine Genehmigung zur Durchführung von Psychotherapie nach den Psychotherapie-Richtlinien zur Abrechnung der 35300-35302 benötigt wird.

Wie erfolgt die zeitgebundene Abrechnung der Nrn. 35300, 35301 und 35302?

Die Leistungen nach den Nrn. 35300-35302 sind zeitgetaktet je 5 Minuten berechnungsfähig. In die Zeittaktung von „je vollendete 5 Minuten“ ist die Gesamtzeit zur Durchführung des Testgeschehens einzubeziehen, die Zeit, die der Patient benötigt, die Zeit der Helferin und die Zeit des Arztes (Therapeuten).

I.) VERSCHIEDENE FRAGEN

Ist eine Expositionstherapie (also vier oder fünf Therapiestunden am Tag) im Rahmen der Verhaltenstherapie jetzt abrechnungsfähig?

Die Durchführung bzw. Anwendung besonderer Methoden der Verhaltenstherapie ist nach der Psychotherapie-Vereinbarung bei der Antragstellung zu benennen und zu begründen. Im Rahmen des Gutachterverfahrens wird festgestellt, ob die in den Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegten Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zulasten der GKV erfüllt sind. Dabei wird insbesondere geprüft, ob das beantragte Psychotherapie-Verfahren nach den Richtlinien anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist.

Sind Paartherapien als Kassenleistung abrechnungsfähig?

In den Psychotherapie-Richtlinien ist geregelt, dass im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie Doppelstunden zur intensiveren Einbeziehung von Bezugspersonen durchgeführt werden können. Dieses ist sowohl bei der tiefenpsychologisch fundierten Kurztherapie als auch bei der tiefenpsychologisch fundierten Langzeittherapie möglich. Für die analytische Psychotherapie gibt es eine entsprechende Regelung nicht. Bezüglich der Verhaltenstherapie ist eine analoge Regelung unter Bezugnahme auf die Vorschriften des Abschnitts E 1.2.3 der Psychotherapie-Richtlinien und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie - Vereinbarung möglich. Sollen Bezugspersonen in die oben genannten Therapien einbezogen werden, ist bei einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine Kombination aus Einzelstunden und Doppelstunden im Rahmen des genehmigten Gesamtstundenkontingents möglich. Es ist nicht erforderlich, die gesamte Therapie unter Einbeziehung der Bezugspersonen in Doppelstunden durchzuführen. Bei der Antragstellung der Psychotherapie bzw. dem Bericht an den Gutachter sind Angaben über die Einbeziehung der Bezugspersonen zu machen. Konkrete Angaben dazu, in wie vielen Doppelstunden Bezugspersonen einbezogen werden sollen, sind nicht erforderlich. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nach den Nr. 35200 (Kurzzeittherapie) bzw. Nr. 35201 (Langzeittherapie). Werden Doppelstunden unter Einbeziehung der Bezugspersonen durchgeführt, sind die jeweiligen Ziffern 2x jeweils mit den Kennzeichen "B" zur Abrechnung zu bringen.

Wie wirkt sich ein Wechsel des Versichertenstatus im laufenden Quartal aus?

Wechselt ein Versicherter während eines Quartals den Versichertenstatus, so gilt er weiterhin als ein Fall, erhöht also nicht die Fallzahl. Geben Sie dann die Ziffer 80040 in Ihre Abrechnung ein, womit auch eine 2. Praxisgebühr entfällt.

QUELLEN

bvvp-Bayern: Mitgliederbriefe

VHVP (bvvp Hessen): Mitgliederrundbriefe

Kassenärztliche Vereinigung Berlin: Häufig gestellte Fragen zum EBM 2000plus

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe:

Häufig gestellte Fragen zum EBM 2000plus

KBV: EBM2000plus (Stand Mai 2005)

KBV: Internet - Chat zum EBM2000plus

bvvp - Niedersachsen

© 2005 **bvvp-Niedersachsen e.V.**

Die kollegiale Weitergabe dieses elektronischen Dokumentes in der hier vorliegenden Form ist ausdrücklich erlaubt und erwünscht. Es darf aber an Form, Inhalt und insbesondere an der Kenntlichmachung des Dokumentes als Produkt der Arbeit des bvvp-Niedersachsen keinerlei Eingriff oder Veränderung durchgeführt werden.