

Dieter Adler  
Der Antrag auf psychodynamische Psychotherapie

Therapie & Beratung

Dieter Adler

# **Der Antrag auf psychodynamische Psychotherapie**

**Ein Leitfaden zur Berichterstellung  
(inkl. Kinder- und Jugendlichen- und  
Gruppenpsychotherapie)**

Psychosozial-Verlag

Für Eike und Leah

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

3., vollständig überarbeitete Neuaufl. 2018

© 2018 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)  
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert  
oder unter Verwendung elektronischer Systeme  
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paul Klee, *Eidola: weiland Philosoph*, 1940.

Kreide auf Papier auf Karton, 29,7 x 21 cm

Autorenfoto auf der Umschlagrückseite: © Barbara Frommann-Czernik

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin

[www.me-ti.de](http://www.me-ti.de)

ISBN 978-3-8379-2661-3 (Print)

ISBN 978-3-8379-7280-1 (E-Book-PDF)

# Inhalt

<b>Vorwort zur Neuauflage</b>	15
<b>Vorwort</b>	16
<b>Aufbau des Buches</b>	18
<b>I. Theorie</b>	
<b>1. Vor dem Antrag</b>	21
Das neue Aufnahmeverfahren ab dem 1.4.2017	
1.1 Die Sprechstunde: »Immer gesprächsbereit«	22
1.2 Die Telefonsprechzeit	24
1.3 Die probatorischen Sitzungen	26
1.4 Was ändert sich nun wirklich – Ein Fazit	27
Die telefonische Sprechzeit	27
Die persönlichen Sprechstunden	27
Die probatorischen Sitzungen	28
<b>2. Die neuen Therapieformen</b>	30
2.1 Die Akutbehandlung	30
2.2 Die »neue« Kurzzeittherapie	32
2.3 Die »neue« Langzeittherapie	33
2.4 Antragsberichte bei den »neuen« Kurzzeit- und Langzeittherapien	34
2.5 Fragen und Antworten	35
<b>3. Das Antragsverfahren</b>	45
<b>4. Verschiedene Arten von Berichten</b>	46
4.1 Der Erstantrag	46

<b>4.2</b>	<b>Einen »Antrag« auf Kurzzeittherapie oder besser eine Akutbehandlung ohne Antrag beginnen?</b>	46
	Der Antragsbericht für den Antrag auf Kurzzeittherapie	47
	Zum Glück habe ich ja die Befreiung von der Gutachterpflicht zur Kurzzeittherapie!	49
	Notfallbeseitigung: Die Krankenkasse verlangt einen KZT-Antragsbericht	49
<b>4.3</b>	<b>Der Antrag auf Langzeittherapie</b>	50
	Punkte des LZT-Antrags	50
<b>4.4</b>	<b>Der Umwandlungsantrag</b>	50
	Punkte des Umwandlungsantrags	51
<b>4.5</b>	<b>Der Fortführungsantrag</b>	51
	Punkte des Fortführungsantrags	52
<b>4.6</b>	<b>Der Änderungsantrag</b>	54
<b>5.</b>	<b>Warum fällt es vielen so schwer, einen Bericht zu schreiben?</b>	55
	Sinn und Aufgabe des Gutachterverfahrens	56
<b>5.1</b>	<b>Hinderungsgründe beim Antragschreiben</b>	57
	Der Feind auf meiner Couch	57
	Der Gutachter als Supervisor	58
	Enttäuschungsprophylaxe	58
<b>5.2</b>	<b>Vorteile des Gutachterverfahrens für die Therapie</b>	58
<b>5.3</b>	<b>Wie man sich das Schreiben schwer machen kann</b>	61
<b>6.</b>	<b>Wie kann das Berichteschreiben mehr Freude machen?</b>	63
<b>6.1</b>	<b>»Schreckgespenst Psychodynamik«</b>	64
<b>6.2</b>	<b>Zur Psychodynamik Behandler – Patient – Gutachter</b>	66
<b>6.3</b>	<b>Verwendung von Hilfsmitteln</b>	67
	Umgang mit dem Gutachter	67
	Eigene Bewältigungsstrategien bei (endgültiger) Ablehnung	68
<b>6.4</b>	<b>Zeit- und kraftsparende Strategien zur Berichterstattung</b>	68
	Planen Sie Ihre Berichte an den Gutachter rechtzeitig	68
	Begrenzen Sie die Zeit zum Berichteschreiben	69
	Empfehlung zur Vereinfachung der biografischen Anamnese	70
<b>7.</b>	<b>Wie sieht ein guter Antragsbericht aus?</b>	72
<b>7.1</b>	<b>Stringenz durch das Poluda-Schema</b>	73

---

**II. Praxis**

<b>1. Ausführliche Anleitungen zum Verfassen von Antragsberichten</b>	87
<b>2. Der Erst- und Umwandlungsantrag</b>	90
<b>2.1 Inhalte des Erst- und Umwandlungsantrags</b>	90
Punkt 1: Relevante soziodemografische Daten	90
Punkt 2: Symptomatik und psychischer Befund	90
Punkt 3: Somatischer Befund/Konsiliarbericht	95
Punkt 4: Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP)	99
Punkt 5: Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung	166
Punkt 6: Weiterer Behandlungsplan und Prognose	169
Punkt 7: Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag	215
Schallmauer: Mach 2 Seiten?	224
<b>2.2 Sonderfälle beim Erst- bzw. Umwandlungsantrag</b>	224
Behandlerwechsel innerhalb oder nach einer Kurzzeittherapie	224
Wechsel von der Verhaltenstherapie zur tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie	225
<b>2.3 Profitipp zum Erst- und Umwandlungsantrag</b>	226
Extra-Profitipp zum Umwandlungsantrag	226
<b>2.4 Was in den Umschlag an die Krankenkasse kommt</b>	227
<b>2.5 So wird der Antrag abgerechnet</b>	228
<b>3. Der Fortführungsantrag</b>	230
<b>3.1 Grundsätzliches zu Fortführungsanträgen</b>	230
<b>3.2 Inhalte des Fortführungsantrags</b>	231
Punkt 1: Behandlungsverlauf	232
Punkt 2: Diagnose und psychischer Befund	240
Punkt 3: Weiterer Behandlungsplan und Prognose	241
<b>3.3 Profitipp zum Fortführungsantrag</b>	248
<b>3.4 Was in den Umschlag an die Krankenkasse kommt</b>	249
<b>3.5 So wird der Antrag abgerechnet</b>	250

<b>4. Der Änderungsantrag</b>	252
<b>III. Beispiele</b>	
<b>1. Kurzanleitungen zum Berichteschreiben</b>	257
1.1 Der Erst- und Umwandlungsantrag	257
Punkt 1: Relevante soziodemografische Daten	257
Punkt 2: Symptomatik und psychischer Befund	257
Punkt 3: Somatischer Befund/Konsiliarbericht	258
Punkt 4: Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP)	259
Punkt 5: Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung	259
Punkt 6: Weiterer Behandlungsplan und Prognose	260
Punkt 7: Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag	261
1.2 Der Fortführungsantrag	261
Punkt 1: Behandlungsverlauf	261
Punkt 2: Diagnosen und psychischer Befund	261
Punkt 3: Weiterer Behandlungsplan und Prognose	262
1.3 Der Änderungsantrag	262
<b>2. Musterberichte</b>	263
2.1 Fall 1	263
Der Umwandlungsantrag in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	263
Der Fortführungsantrag	273
2.2 Fall 2	277
Der Umwandlungsantrag	277
2.3 Fall 3	285
Der Umwandlungsantrag in der analytischen Psychotherapie	285
Der Fortführungsantrag	294
2.4 Fall 4	299
Der Umwandlungsantrag in der tiefenpsychologisch fundierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	299
Der Fortführungsantrag	306

---

2.5	<b>Fall 5</b>	310
	Der Umwandlungsantrag in der tiefenpsychologisch fundierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	310
	Der Fortführungsantrag	319
2.6	<b>Fall 6</b>	322
	Der Erstantrag in der tiefenpsychologisch fundierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Jugendlicher)	322
	Der Fortführungsantrag	329
2.7	<b>Fall 7</b>	333
	Der Erstantrag in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	333
<b>3.</b>	<b>Psychodynamiken nach strukturellen und neurotischen Störungen</b>	340
3.1	Strukturelle Störungen	340
	Narzisstische Störung – Depression	340
	Borderline-Störung	346
	Angstneurotische Störung	349
3.2	<b>Psychoneurosen</b>	355
	Hysterie	355
	Phobie	359
	Zwang	361
<b>4.</b>	<b>Therapieplanung nach strukturellen und neurotischen Störungen</b>	367
4.1	Strukturelle Störungen	367
	Narzisstische Störung – Depression	367
	Borderline-Störung	368
	Angstneurotische Störung	369
4.2	<b>Psychoneurosen</b>	370
	Hysterie	370
	Phobie	372
	Zwang	373
<b>5.</b>	<b>Prognosen nach strukturellen und neurotischen Störungen</b>	375
5.1	Strukturelle Störungen	375
	Narzisstische Störung – Depression	375

	Borderline-Störung	376
	Angstneurotische Störung	376
5.2	<b>Psychoneurosen</b>	377
	Hysterie	377
	Phobie	378
	Zwang	379

#### **IV. *Nix wie weg!* *Anleitung zum »Eintüten«***

1.	<b>Das Ausfüllen der Formulare</b>	383
	Die »Versandpapiere« zum Patienten	
1.1	Gesetzliche Krankenkassen	384
	PTV 1: Antragsformulare	384
	PTV 2: Angaben des Therapeuten	385
	Bericht an den Gutachter	386
	Umschlag mit Unterlagen für den Gutachter	386
	Umschlag an die Krankenkasse	387
1.2	Beihilfe	388
	Antragsformular	388
	Vorblatt zum Bericht an den Gutachter	390
	Bericht an den Gutachter	390
	Umschlag für Beihilfe	391
1.3	Übersicht über die erforderlichen Unterlagen	392
	Gesetzliche Krankenkassen	392
	Beihilfe	393

#### **V. *Besondere Fälle und weitere Fragen zu Anträgen***

1.	<b>»Antrag bewilligt«</b>	397
	Vorsicht, Falle! Kein Grund zum Jubeln	
2.	<b>»Nach der Therapie ist vor der Therapie«</b>	398
	Therapie nach der Zweijahresfrist	
2.1	Wichtiger Hinweis zur Zweijahresfrist und zur Rezidivprophylaxe	398
2.2	Neuer Antrag nach Zweijahresfrist	399

---

<b>3.</b>	<b>Vorgehen nach Ende der Richtlinienstunden</b>	402
	Der zweite Fortführungsantrag	
<b>4.</b>	<b>Den Bericht dem Patienten zeigen?</b>	404
<b>5.</b>	<b>Den Bericht zusammen mit dem Patienten schreiben?</b>	405
<b>6.</b>	<b>»Troubleshooting«</b>	406
6.1	Nachfragen des Gutachters	406
6.2	Weniger Stunden als erwartet	407
<b>7.</b>	<b>Antrag abgelehnt</b>	408
<b>8.</b>	<b>Geänderter Bericht zum Antrag</b>	409
8.1	Vorgehen beim geänderten Bericht	409
8.2	Was in den Umschlag an die Krankenkasse kommt	410
8.3	So wird der Antrag abgerechnet	410
<b>9.</b>	<b>Das Obergutachten</b>	412
9.1	Inhalte des Obergutachtens	412
9.2	Was in den Umschlag an die Krankenkasse kommt	422
9.3	So wird der Antrag abgerechnet	422
<b>10.</b>	<b>Auch das Obergutachten wird abgelehnt</b>	425
<b>11.</b>	<b>Ablehnen von Gutachtern</b>	426
<b>12.</b>	<b>Einige Tipps, wie Sie Gutachter nerven können</b>	427
<b>13.</b>	<b>Übersicht</b>	429
13.1	Antragsschritte	429
13.2	Antragsziffern	430
13.3	Abrechnungsziffern	430
13.4	Abrechnungsbeispiele	436

<b>VI.</b>	<b>Hilfsmittel zur Berichterstellung Zeit und Berichtsmanagement</b>	
1.	<b>»Zu viel auf einmal«</b> Zeitmanagement beim Berichteschreiben	441
2.	<b>»Ghostwriter«</b> Berichte durch andere erstellen lassen	445
3.	<b>Berichte supervidieren lassen</b>	446
4.	<b>Berichte diktieren</b>	447
5.	<b>Diktiersoftware</b>	448
6.	<b>Antragssoftware</b>	449
<b>VII.</b>	<b>Anhang Formulare und Vorschriften</b>	
1.	<b>Formulare der Krankenkassen</b>	453
1.1	Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter (PTV 3)	453
	Hinweise zum Erstellen des Berichts zum Erst-, Umwandlungs- oder Fortführungsantrag	453
2.	<b>Psychotherapie-Richtlinie</b>	457
3.	<b>Psychotherapie-Vereinbarung</b>	490
4.	<b>Beihilfevorschriften (Auszug)</b>	521
5.	<b>Informationsblatt Beihilfe</b> Erstantrag	527
	Bericht zum Fortführungsantrag	529
6.	<b>Formularvordrucke – Gesetzliche Krankenkassen</b>	530
6.1	Antrag des Patienten auf Psychotherapie PTV 1	530

6.2	Angaben des Therapeuten – PTV 2	531
6.3	Konsiliarbericht – Arzt/Therapeut (ohne Unkenntlichmachung)	532
6.4	Konsiliarbericht – Krankenkasse	533
6.5	Konsiliarbericht – Gutachter	534
6.6	Umschlag für den Gutachter	535
<b>7.</b>	<b>Vordrucke Beihilfe</b>	536
7.1	Antragsformular Erstantrag	536
7.2	Konsiliarbericht	540
7.3	Vorblatt zum Bericht an den Gutachter (anonymisiert)	541
<b>8.</b>	<b>ICD-10-Diagnosen</b>	545
	Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	
<b>9.</b>	<b>Literaturempfehlungen</b>	557
<b>10.</b>	<b>Antragssoftware</b>	560
	<b>Literatur</b>	561
	<b>Über den Autor</b>	564



# **Vorwort zur Neuauflage**

Nun sind fünf Jahre vergangen und es hat einige Neuerungen gegeben. Im März 2017 wurde die Psychotherapie-Richtlinie geändert, wodurch ein Beantragungsschritt weggefallen ist. Dann änderten sich im Juni 2017 die Abrechnungsformalitäten und Ziffern nochmals und die Beihilfevorschrift wurde angepasst. Auch in Bezug auf die Aufnahme der Patienten haben sich einige – teilweise sehr einschneidende – Veränderungen ergeben. Psychotherapeuten, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, müssen künftig Sprechstunden anbieten und die Kurzzeittherapien wurden in zwei Abschnitte »aufgeteilt«.

Aus diesem Grund habe ich beschlossen, auch auf diese Änderungen einzugehen und die neuen Vorschriften genau zu beschreiben. In einem Kapitel setze ich mich daher mit den Sprechstunden und den Modifizierungen bei der Aufnahme der Patienten auseinander.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich mich bei allen, die geduldig und engagiert mitgeholfen haben, bedanken. Erwähnen möchte ich besonders die Mitarbeiter von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, das geduldige Serviceteam der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Frau Caroline Madla (Psychologin BSc), Herrn Morton Philipp Dernedde (Psychologe BSc), Frau Christine Schneider, Frau Katja Michels (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin).

*Bonn, Oktober 2017*

# Vorwort

»Man muss nicht schreiben lernen, sondern sehen. Schreiben ist eine Folge des Sehens.«

*Antoine de Saint-Exupéry an*

*Renée de Saussine, 1923*

Warum schreibt jemand ein Buch zum Berichteschreiben? Viele Kollegen werden sich wundern und nach kurzer Lektüre die Frage stellen: Warum ein so positives? Die Antwort, die ich hier kurz halten muss, ist: Weil es Spaß machen kann, wenn man es richtig macht. Daher soll dieses Buch auch keines sein, das den üblichen Ärger auf das Gutachterverfahren schürt und dem Leser zeigt, wie man einen Antragsbericht schnell »zusammenkloppen« kann, ohne viel Zeit damit zu »verschwenden«. Oder mit welchen Tricks man abgelehnte Anträge doch noch irgendwie durchbekommt. Dieses Buch beruht auf 15 Jahren Berufserfahrung als Psychotherapeut bzw. Psychoanalytiker. In diesem Zeitraum habe ich über 1.000 Anträge geschrieben. Meine dabei gesammelten Erfahrungen möchte ich Ihnen in diesem Buch weitergeben ebenso wie meine Erfahrung aus meiner Tätigkeit als Antragssupervisor, die ich seit mehr als 15 Jahren ausübe. Es soll helfen, die Berichte an den Gutachter schnell und effizient zu schreiben und natürlich fundiert, spannend und schlüssig! Das Buch soll auch eine effiziente Anleitung zum Berichteschreiben sein. Damit Sie schnell anfangen können, erspare ich Ihnen zur »Geschichte der Antragstellung, zum Auswahlverfahren der Gutachter oder zur Kritik daran.

Das Buch soll praxisnah sein. Ich verzichte daher auf die Beschreibung der zugrunde liegenden Theorien der Psychoanalyse bzw. der psychoanalytischen Krankheitslehre. Manches erkläre ich wiederum sehr ausführlich, weil das Buch auch für Ausbildungskandidaten geeignet sein soll.

Wenn ich von Therapeut, Patient und Gutachter usw. in der männlichen Form schreibe, so sind dennoch immer beide Geschlechter angesprochen, denn ich finde es müßig, immer »Therapeut bzw. Therapeutin« zu schreiben.

Ich bedanke mich bei Frau Eva Poluda-Korte für das Überlassen ihres Antragschemas, bei Herrn Georg Schäfer, Herrn Werner Dinkelbach, Frau Claudia Sies, Frau Tamara Anbeh, Herrn Andreas Dahm, Herrn Michael Steinbrecher

für wertvolle Hinweise. Besonders danke ich Frau Sibylle Möhr für die kritische Lektüre und die vielen Hinweise sowie Frau Sabine Müller für das geduldige Schreiben meiner diktieren Texte.

*Bonn, Oktober 2011*

# Aufbau des Buches

Dieses Buch ist gleichermaßen für Anfänger wie für erfahrene Kollegen geeignet. Ich beschreibe bewusst keine »Kniffe« oder Tricks, mit denen man die Gutachter überlistet kann. Das Buch ist auch keine Anleitung, wie man einen Bericht schnell »zusammenkloppen« kann. Als Lehrbuch soll es dem Leser helfen, selbstständig Berichte zu schreiben, und ihn nicht nur dazu ermutigen, sondern auch seine Lust daran wecken.

So beschreibe ich zu Beginn die Arten und den Aufbau der Antragsberichte. Danach folgt ein praktischer Teil, in dem ich das »Generieren« der Berichte Punkt für Punkt darlege. Der ausführliche dritte Teil beinhaltet exemplarische Beispiele zu verschiedenen Antragsberichten sowie Beispiele für Aspekte der Psychodynamik, für die Behandlungsplanung und Prognose nach unterschiedlichen Störungsbildern. Im darauffolgenden vierten Teil beschreibe ich, welche Formulare erforderlich sind und wie diese ausgefüllt werden müssen. Im fünften Teil befasse ich mich mit den problematischen Anträgen, wie Verlängerungen über das Richtlinienkontingent hinaus, dem Umgang mit abgelehnten Berichten und dem Schreiben von Obergutachten. Abschließend versuche ich im sechsten Teil die vielen Fragen, die häufig im Umgang mit dem Antragsverfahren und den Berichten gestellt werden, zu beantworten. Danach stelle ich Hilfsmittel zur Antragserstellung vor.

Im Anhang finden Sie Tabellen zu den Abrechnungsziffern, den Kontingenzen und den Antragsschritten, die Beihilfevorschriften, die Psychotherapie-Richtlinie, die verschiedenen Antragsformulare sowie weitere Hilfsmittel.

Auf der Webseite [www.berichte-schreiben.de](http://www.berichte-schreiben.de) finden Sie zudem weitere aktuelle Hinweise. Berichte-Supervisionen biete ich auch »online« über das Internet an, sodass Therapeuten nicht zu mir kommen müssen. Informationen hierzu finden Sie ebenfalls auf der Webseite.

## ***I. Theorie***



# **1. Vor dem Antrag**

## **Das neue Aufnahmeverfahren ab dem 1.4.2017**

Die neue Psychotherapie-Richtlinie hat einige einschneidende Änderungen gebracht. Statt den Zugang zur Psychotherapie zu vereinfachen, verkompliziert sie das Verfahren und macht es schwer durchschaubar. Ich versuche aus diesem Grund Licht ins Dunkel zu bringen.

Neu sind folgende Änderungen:

- Eine Kurzzeittherapie (KZT) ist grundsätzlich berichtsfrei, es sei denn die Krankenklasse verlangt das Gutachterverfahren und damit einen Antragsbericht. Die KZT wird in zwei Abschnitte à zwölf Sitzungen aufgeteilt (KZT I und KZT II). Grundsätzlich ist die KZT (I und II) vom Gutachterverfahren ausgenommen, es sei denn die Krankenkasse wünscht einen Antragsbericht. Ein Antrag auf Befreiung von der KZT-Gutachterpflicht kann nicht mehr gestellt werden. Ob die alten Befreiungen noch gültig sind, ist derzeit noch ungeklärt. Im juristischen Sinn kann aber von einem »Bestandsschutz« ausgegangen werden.
- Es kommt die sogenannte *Akuttherapie* hinzu, die ab jetzt nicht mehr beantragt werden muss. Es reicht, der Krankenkasse eine Mitteilung (Formblatt PTV 12) über den Beginn der Akuttherapie zu erstatten. Diese kann ohne Antrag in bis zu 24 Einheiten à 25 Minuten bzw. zwölf à 50 Minuten abgerechnet werden. Die Akuttherapie ist keine Richtlinientherapie, wird aber bei einer Umwandlung oder dem Antrag auf KZT stundenmäßig angerechnet.
- Die psychotherapeutische Sprechstunde ist Pflicht.
- Eine telefonische Erreichbarkeit wird vorgeschrieben.
- Zwei probatorische Sitzungen sind vor der Behandlung Pflicht (eine Ausnahme ist die Akutbehandlung).
- Zwei weitere probatorische Sitzungen sind bei der Umwandlung von einer Akutbehandlung in eine Langzeittherapie (LZT) Pflicht.

- Es gibt nur noch einen Fortführungsantrag, die Kontingente des ersten Behandlungsabschnitts werden ausgeweitet. Der Fortführungsantrag ist grundsätzlich berichtsfrei, es sei denn die Krankenkasse verlangt das Gutachterverfahren und damit einen Antragsbericht. Bei Ablehnung durch die Krankenkasse folgt automatisch das Gutachterverfahren.
- Neu ist die Akutbehandlung. Diese lässt sich ohne Antrag für bis zu 24 Einheiten à 25 Minuten bzw. zwölf Doppelsitzungen à 50 Minuten abrechnen. Sitzungen der Akuttherapie werden auf eine KZT und auf eine LZT angerechnet. Die Krankenversicherungen können auch die Berichtspflicht bei einer KZT einfordern:

»Bei Psychotherapie gemäß §15 sind Anträge auf Langzeittherapie im Bericht an den Gutachter zu begründen; auf Anforderung der Krankenkassen gilt dies im Einzelfall auch für *Kurzzeittherapie*« (§34 Psychotherapie-Richtlinie vom 1.4.2017).

Und weiter heißt es in der Psychotherapie-Vereinbarung:

»Die Krankenkasse kann grundsätzlich *jeden Antrag* einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält« (§13 (5) Psychotherapie-Vereinbarung vom 9.5.2017).

Wie die Änderungen im Einzelnen aussehen und was zu beachten ist, beschreibe ich im Folgenden.

## 1.1 Die Sprechstunde: »Immer gesprächsbereit«

»Psychotherapeutische Sprechstunde«, das hört sich zuerst einmal positiv an. Patienten sollen »einfach so« zu uns kommen können, also alles ganz unkompliziert. Kann das gehen? Wie soll das aussehen?

In der neuen Richtlinie wird zunächst bei der Sprechstunde zwischen persönlicher Sprechstunde und Telefonsprechstunde (»telefonische Erreichbarkeit«) unterschieden. Für die Praxis bedeutet die Sprechstunde einen enormen zusätzlichen Aufwand: *100 Minuten »reale« Sprechzeit und 200 Minuten telefonische Erreichbarkeit* muss ein Therapeut mit einer vollen Zulassung pro Woche sicherstellen.

Wer nur eine »halbe Zulassung« bzw. einen sogenannten »hälftigen Versorgungsauftrag« hat, braucht auch nur die Hälfte der persönlichen Sprechstunde,

also 50 Minuten pro Woche, und ebenso die Hälfte der Telefonsprechzeit, also 100 Minuten, anzubieten.

In »begründeten Ausnahmefällen« kann sich der Therapeut von der Pflicht befreien lassen, so sieht es das Bundesgesundheitsministerium vor. Was Ausnahmen sind, wird vom Ministerium jedoch nicht weiter ausgeführt. Es wird wohl erst Präzedenzfälle geben müssen.

Nach der Sprechstunde ist dem Patienten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinientherapie sowie eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde auszuhändigen. Wer wie die meisten Psychotherapeuten zeitnah keinen Therapieplatz frei hat, schickt den Patienten zu einer *Terminservicestelle* der Krankenkasse. Diese sollen dem Patienten binnen vier Wochen entweder einen ambulanten oder einen stationären Therapieplatz zu vermitteln. Ein vermutlich ziemlich aussichtsloses Verfahren, wenn man bedenkt, dass es keine Plätze gibt.

Also muss jeder Vertragspsychotherapeut sechs (zusätzliche) Sitzungen pro Woche zur Verfügung stellen.

Die Sprechstunde kann in Einheiten zu je 25 Minuten aufgeteilt werden. Bei Erwachsenen sind bis zu 150 Minuten, also sechs Einheiten à 25 Minuten oder drei »Standardsitzungen« erlaubt, bei Kindern und Jugendlichen sind es bis zu zehn Einheiten à 25 Minuten oder fünf »Standardsitzungen« (250 Minuten). Bei Letzteren können bis zu 100 Minuten auch nur mit den Bezugspersonen, das sind in der Regel die Eltern, stattfinden.

*Psychotherapeutische Sprechstunde:*

- Pflichtangebot für Richtlinientherapeuten

*Mindestangebot pro Woche:*

- 100 Minuten (halbe Zulassung: 50 Minuten) pro Woche

*Erlaubt als*

- offene Sprechstunde und/oder
- Sprechstunde mit Terminvergabe.

*Dauer:*

- je Einheit mindestens 25 Minuten, maximal 50 Minuten

*Maximalkontingent:*

- 150 Minuten bei Erwachsenen (sechs Einheiten)

- 250 Minuten bei Kindern und Jugendlichen (zehn Einheiten), davon können 100 Minuten an Bezugspersonen vergeben werden (vier Einheiten), ohne dass der Patient anwesend sein muss

*Voraussetzung für eine Richtlinientherapie:*

- 50 Minuten Sprechstunde vor den probatorischen Sitzungen oder der stationären Behandlung bzw. Reha-Behandlung (ab 1.4.2018)

*Weitere Vorgaben:*

- Das Ergebnis der Sprechstunde muss dem Patienten bzw. den Bezugspersonen schriftlich mitgeteilt werden (»Individuelle Patienteninformation«).
- Ein Informationsblatt über die Psychotherapie-Richtlinie muss dem Patienten bzw. den Bezugspersonen ausgehändigt werden (»Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte«).

*Telefonische Erreichbarkeit:*

- 200 Minuten (halbe Zulassung: 100 Minuten) pro Woche, durchführbar in Einheiten von mindestens 25 Minuten (kann delegiert werden)

*Vor der Behandlung (Akuttherapie, Kurzeit- oder Langzeittherapie):*

- mindestens zwei probatorische Sitzungen

## 1.2 Die Telefonsprechzeit

200 Minuten muss ein Therapeut pro Woche für Patienten telefonisch erreichbar sein (vgl. §11 (5) Psychotherapie-Richtlinie vom 1.4.2017), wenn er einen »vollen« Praxissitz hat. Bei halber Zulassung sind 100 Minuten vorgeschrieben. In dieser Zeit soll *keine Beratung* angeboten werden, die Telefonsprechzeit dient nur der Terminabsprache – so ist es in der Richtlinie vorgesehen. Wann Psychotherapeuten diese Sprechzeiten anbieten, ist in der Richtlinie nicht geregelt. So viel Freiheit wird ihnen gelassen. Die Sprechzeiten dürfen ebenfalls individuell aufgeteilt werden, allerdings muss jede telefonische »Teilsprechstunde« mindestens 25 Minuten betragen.

Damit wollten die gesetzlichen Krankenkassen die häufig gewählte Lösung »Sie erreichen mich jeweils zehn Minuten vor der vollen Stunde« abschaffen. Eigentlich nicht unbedingt verkehrt. Es ist für Therapeuten wie für Patienten im

Grunde genommen unzumutbar. Und häufig ist es auch eine Mogelpackung zum Vertrösten der Patienten gewesen.

Die Telefonsprechzeit kann auch »delegiert« werden, das heißt, durch Praxismitarbeiter oder über Praxisnetze erfolgen, im zuletzt genannten Fall teilen sich Kollegen die Telefonsprechstunde untereinander auf und leiten ihre Anrufe an die Kollegen weiter. Denkbar ist es auch, ein Callcenter mit der Terminsprechstunde zu beauftragen. Dies finde ich jedoch sowohl ethisch als auch fachlich bedenklich.

Eine gute Alternative sind kollegiale Netzwerke, die gemeinsam eine Bürokrat beschäftigen, die für mehrere Praxen die Telefonsprechstunde übernehmen. Dann muss niemand vier Sitzungen lang pro Woche vor dem Telefon ausharren. Wer auf lange Sicht keine Termine frei hat, braucht dies dann nicht mehr persönlich den Patienten mitteilen. Auch diejenigen, die Termine frei haben, können ihre Zeit besser nutzen, als vor dem Telefon zu sitzen. Am Telefon sollte eine geschulte Kraft sitzen, die auch in Krisensituationen richtig reagieren kann, z. B. ein psychologisch technischer Assistent oder ein Psychologiestudent im Masterstudium (mit BSc-Abschluss). Optimal ist es, wenn die Termine (= Sprechstunden) der teilnehmenden Kollegen über ein geschütztes Online-Portal eingegeben werden können.

Einen solchen Service biete ich auch unter [www.telefonsprechstunde-psychotherapie.de](http://www.telefonsprechstunde-psychotherapie.de) an. Aber warum die Krankenkassen jetzt das Kind mit dem Bade ausgeschüttet haben, bleibt schleierhaft. Vielleicht war es eine »Verkehrung ins Gegenteil«.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die persönliche Sprechstunde für Psychotherapeuten, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, ab dem 1.4.2017 Pflicht ist. 100 Minuten »Vis-à-vis-Sprechstunde« und 200 Minuten Telefonsprechstunde<sup>1</sup> – teilbar in Einheiten à mindestens 25 Minuten – müssen pro Woche angeboten werden. Auch hier gilt: Wer einen »hälf tigen Versorgungsauftrag« hat, braucht auch nur die Hälfte der Telefonsprechzeit, also 100 Minuten pro Woche, anbieten.

Ab dem 1.4.2018 muss jeder Patient vor einer Therapie einmal in der Sprechstunde gewesen sein oder direkt aus einer stationären psychotherapeutischen Behandlung oder einer Reha-Behandlung kommen. Wenn der Patient bereits bei einem anderen Therapeuten eine Sprechstunde absolviert hat oder wenn er den Behandler wechselt, ist die Sprechstunde nicht Pflicht. Allerdings muss die Sprechstunde noch vor dem 1.4.2018 angeboten werden.

---

**1** Die Telefonsprechstunde darf auch von einem Mitarbeiter des Psychotherapeuten erbracht werden, allerdings gibt es kaum Praxis- oder Arzthelferinnen in psychotherapeutischen Praxen.

*Mitteilungspflicht von Telefonsprechzeit und Sprechstunde:*

Therapeuten sind verpflichtet, der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

- die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit mitzuteilen sowie
- diese darüber zu unterrichten, ob sie die persönliche Sprechstunde als offene oder als Sprechstunde mit Terminvergabe anbieten wollen.

### **1.3 Die probatorischen Sitzungen**

Während bisher bei einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie fünf und bei einer analytischen Psychotherapie bis zu acht probatorische Sitzungen erlaubt waren, wurde die Anzahl der Probesitzungen nun auf maximal vier reduziert; bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können sogar bis zu sechs probatorische Sitzungen durchgeführt werden, bei denen die Bezugspersonen anwesend sind. Es war bisher nicht Pflicht, die probatorischen Sitzungen abzuhalten. Theoretisch konnte ein Therapeut sofort mit der Behandlung beginnen, was praktisch nicht möglich war. Neu ist jetzt, dass mindestens zwei probatorische Sitzungen vor Beginn der Behandlung und nach der Sprechstunde stattfinden müssen.

*Probatorische Sitzungen vor der Behandlung:*

- mindestens zwei probatorische Sitzungen.

*Maximalkontingent:*

- vier bei Erwachsenen
- sechs bei Kindern und Jugendlichen bis zu sechs Sitzungen
- bei Kindern und Jugendlichen können die Sitzungen auch mit den Bezugspersonen geführt werden

Abschließend möchte ich noch einmal die Vorgaben, die für eine Richtlinientherapie verpflichtend sind zusammenfassen.

*Voraussetzung für eine Richtlinientherapie:*

- 50 Minuten Sprechstunde vor den probatorischen Sitzungen oder beim Wechsel des Behandlers oder bei einer vorherigen stationären Behandlung
- Konsiliarbericht
- zwei probatorische Sitzungen

*Bei Umwandlung einer Akutbehandlung in eine Kurzzeittherapie (KZT) oder Langzeittherapie (LZT):*

- zwei weitere probatorische Sitzungen zwischen KZT und LZT sind erforderlich

## 1.4 Was ändert sich nun wirklich – Ein Fazit

### Die telefonische Sprechzeit

Wir sind künftig verpflichtet, telefonisch erreichbar zu sein, und zwar mindestens 200 Minuten, die in Intervallen von mindestens 25 Minuten aufgeteilt werden dürfen. Für Praxisinhaber mit halber Zulassung gilt auch die »halbe Zeit«.

Die Zeiten müssen den Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilt werden! Diese werden veröffentlicht!

### Beispiele für die telefonische Sprechstunde

#### Beispiel 1

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
12:00–12:25	13:00–13:50		8:00–8:25	12:00–12:50
18:00–18:25			14:30–14:55	

#### Beispiel 2

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
12:00–12:50	12:00–12:50	12:00–12:50	12:00–12:50	

In der Telefonsprechzeit findet *keine Behandlung* oder *Beratung* bzw. »Ferndiagnostik« statt (keine »qualifizierte Telefonseelsorge«). Sie dient nur der Terminvergabe.

### Die persönlichen Sprechstunden

Therapeuten sind verpflichtet, jede Woche 100 Minuten (50 Minuten bei »halbem Sitz«) persönliche Sprechzeit (»Sprechstunde«) anzubieten, entweder in

Form einer »offenen Sprechstunde« für jedermann oder als Sprechstunde nach Termin. Die Dauer beträgt 25 bis 50 Minuten. 50 Minuten Sprechstunde sind vor einer Psychotherapie Pflicht.

Nach einer Sprechstunde erhält der Patient nach der Sprechstunde eine formalisierte Einschätzung des Therapeuten, ob eine Therapie erforderlich ist bzw. ob weiterführende Maßnahmen, z.B. ein stationärer Aufenthalt, notwendig sind.

## Die probatorischen Sitzungen

Die probatorischen Sitzungen werden bei Erwachsenen auf vier Sitzungen gekürzt, bei Kindern und Jugendlichen auf zehn erhöht. Zwei probatorische Sitzungen sind Pflicht vor einer Richtlinientherapie. Aber: *Vor einer Akuttherapie müssen keine probatorischen Sitzungen erfolgen, ab dem 1.4.2018 jedoch eine Sprechstunde!*

Insgesamt ändert sich aber im Ablauf einer Therapievorbereitung nicht wirklich viel. Während es früher fünf probatorische Sitzungen waren, gibt es jetzt die Sprechstunden und die (gekürzten) probatorischen Sitzungen. Das ist, jedenfalls für tiefenpsychologische Psychotherapeuten, sogar mehr als vorher, nämlich sieben Sitzungen bei Erwachsenen und elf bei Kindern und Jugendlichen. Nur für analytische Psychotherapeuten fällt eine Sitzung weg.

### a) bei Erwachsenen

Sitzungsnr.	Inhalt	Abgerechnet als
1	Erstgespräch 50 min.	2 x Sprechstunde
2	erw. Erstgespräch/Diagnostik 50 min.	2 x Sprechstunde
3	erw. Erstgespräch/Diagnostik 50 min.	2 x Sprechstunde
4	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung
5	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung
6	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung
7	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung

*b) bei Kindern und Jugendlichen*

Sitzungsnr.	Inhalt	Abgerechnet als
1	Erstgespräch 50 min.	2 x Sprechstunde
2	erw. Erstgespräch/Diagnostik 50 min.	2 x Sprechstunde
3	erw. Erstgespräch/Diagnostik 50 min.	2 x Sprechstunde
4	erw. Erstgespräch/Diagnostik 50 min.	2 x Sprechstunde
5	erw. Erstgespräch/Diagnostik 50 min.	2 x Sprechstunde
6	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung
7	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung
8	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung
9	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung
10	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung
11	Probatorik 50 min.	1 x prob. Sitzung

Hinzu kommt jeweils noch eine weitere Sitzung für die Erhebung der Anamnese.

## 2. Die neuen Therapieformen

Bisher gab es die Unterscheidung zwischen Kurzzeit- und Langzeittherapie. Daran hat sich auch nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie nichts geändert, allerdings kommt künftig eine neue Therapieform hinzu: die »Akutbehandlung«. Die Kurzzeittherapie wurde auf 24 Sitzungen gekürzt und in zwei Abschnitte à zwölf Sitzungen unterteilt.

### *Behandlungsformen:*

- Akutbehandlung
- Kurzzeittherapie 1
- Kurzzeittherapie 2
- Langzeittherapie
- Rezidivprophylaxe

### 2.1 Die Akutbehandlung

Bis zur Änderung der Richtlinie gab es die Kurzzeittherapie mit 25 Sitzungen. Jetzt kommt noch eine weitere Form der »Kurzzeittherapie« hinzu: die »Akutbehandlung«. Ziel ist es, Chronifizierungen durch zeitnahe Behandlung vorzubeugen:

»Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patientinnen oder Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die Psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Ein-

flussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände. Die Patientinnen oder Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung nach §15 vorbereitet sind oder dass ihnen andere ambulante (z.B. psychiatrische, psychosomatische, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendhilfe), teilstationäre oder stationäre Maßnahmen empfohlen werden können« (§13 (1) Psychotherapie-Richtlinie).

Die Akutbehandlung darf in 24 Sitzungen à 25 Minuten bzw. zwölf Sitzungen à 50 Minuten angewendet werden und ist nicht mehr antragspflichtig, sondern bloß »anzeigepflichtig«, das heißt, der Psychotherapeut teilt der Krankenkasse nur noch mit, dass er die Behandlung beginnen wird.

»Eine Leistung gemäß §13 bedarf einer Anzeige gegenüber der Krankenkasse. Hierzu teilt die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung die Diagnose und das Datum des Behandlungsbeginns der Akutbehandlung mit. Das Nähere zum Anzeigeverfahren wird in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt« (§32 Psychotherapie-Richtlinie).

Die Akutbehandlung ist *keine Richtlinientherapie*, wird aber trotzdem auf eine etwaige Fortführung der Behandlung als Kurzzeittherapie (KZT) angerechnet. Eine anschließende Richtlinientherapie ist somit auch eine Behandlungsumwandlung, allerdings sind vor der Fortführung und der Antragsstellung zwei weitere probatorische Sitzungen nach der Akutbehandlung vorgeschrieben. Die Gründe hierfür sind mir nicht bekannt, ich vermute aber, dass diese Regelung zur Kosteneinsparung eingeführt wurde, da das Honorar einer probatorischen Sitzung zwischen 26 und 37 Prozent unter dem einer genehmigten Therapiesitzung liegt. So würde die Behandlung faktisch wesentlich günstiger in den zwei zusätzlichen probatorischen Sitzungen fortgeführt werden.

Zudem unterliegt die Akutbehandlung nicht dem Mindestpunktwert, der bei der Richtlinientherapie derzeit bei etwa zehn Cent je Punkt liegt (Stand: Quartal 3/2016). Das bedeutet, dass die Akuttherapiesitzungen durch den »freien Punktwert« bestimmt werden, wodurch sich eine gesicherte Aussage über den Wert einer solchen Sitzung nicht treffen lässt. Den Wert erfährt der Psychotherapeut erst nach der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Es ist zu befürchten, dass das Honorar für eine Akutsitzung deutlich unter dem Wert einer Richtlinientherapie-Sitzung liegen wird – vielleicht sogar unter dem »Wert« einer probatorischen Sitzung.