

## Das bvvp Expertentelefon Abrechnung und Vergütung – Der EBM 2021

### Das Wichtigste, was Sie wissen müssen, wenn Sie am 13.07.2021 nicht anrufen konnten, hat unsere Expertin Ulrike Böker hier als FAQs für Sie zusammengestellt

- ***Wann kann ich eine Akutbehandlung durchführen? Geht das auch direkt nach Abschluss einer genehmigungspflichtigen Therapie?***

Für die korrekte Abrechnung von Leistungen gilt es immer mehrere Regelungswerke zu beachten: Zum einen die Bestimmungen des EBM, zum anderen die der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung.

Nach dem EBM kann theoretisch eine Akutbehandlung direkt nach einer Richtlinien-therapie angesetzt werden, und es kann auch unter Beachtung der Bestimmungen des Krankheitsfalles eine Akutbehandlung an die nächste gereicht werden. Das Abrechnungsprogramm wird hier nicht „meckern“, denn dort sind nur die Bestimmungen des EBM hinterlegt.

Die Richtlinie hingegen gibt die Inhalte der Leistungen vor und definiert die Akutbehandlung wie folgt:

*„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 von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände.“*

Damit wird klar, dass die Akutbehandlung weder eine Verlängerung der Therapie sein kann, noch eine Überbrückung bis zur nächsten und auch keine immer weiter fortbestehende Behandlungsoption.

Die Vereinbarung gibt außerdem vor, dass eine Akutbehandlung innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien-therapie grundsätzlich nicht vorgesehen ist. Es bedarf also einer guten Begründung, um sie früher zu indizieren, meistens ist dann auch eine andere Diagnose zu stellen als im Behandlungszeitraum zuvor.

Akutbehandlungen sind im Gegensatz zur genehmigungspflichtigen Psychotherapie nicht vorab wirtschaftlichkeitsgeprüft, es kann also sein, dass die Krankenkassen im Nachhinein eine Prüfung vornehmen und schauen, ob die sogenannten WANZ-Kriterien bei der Indikation erfüllt sind: **wirtschaftlich, angemessen, notwendig und zweckmäßig**. Deshalb ist es wichtig, immer gut in der Akte zu dokumentieren, dass die Kriterien beachtet worden

sind, sprich, dass die Indikation den Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinie entspricht und die passende Diagnose vergeben wurde.

- ***Muss ich den Patient\*innen eine DiGA verordnen, wenn sie das wollen?***

Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen können alle Gesundheitsanwendungen verordnen, die im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet sind, wenn sie diese zur Behandlung ihrer Patient\*innen für zweckmäßig und medizinisch sinnvoll erachten. Sie müssen es aber nicht tun, selbst dann nicht, wenn Patient\*innen dies ausdrücklich wünschen. Neben der Frage der medizinischen Notwendigkeit sollte man sich bei der Verordnung von sogenannten Therapie-ersetzenden DiGAs wie Deprexis sowieso zurückhalten, denn für die hohen Kosten könnten einige Stunden realer Psychotherapie finanziert werden. Außerdem werden unbegleitete DiGAs von den Patient\*innen meist nicht genutzt, das zeigen alle Studien. Die BpTK stellt eine umfangreiche Informationsbroschüre zur Verfügung:

[https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/bptk\\_praxisinfo\\_Digitale-Gesundheitsanwendungen.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/bptk_praxisinfo_Digitale-Gesundheitsanwendungen.pdf)

## **1. Was hat es mit der Pauschale zur Förderung (PFG) der fachärztlichen Grundversorgung auf sich?**

Die sogenannte PFG wurde 2015 mit den Kassen ausgehandelt, um die grundversorgenden Facharztgruppen zu fördern. Mit ihr erhalten Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen eine zusätzliche Vergütung für jeden Behandlungsfall, bei dem ausschließlich eine Grundversorgung und keine spezialisierten Leistungen durchgeführt wurden. Auf diese Pauschale wird seit 2016 noch ein fester extrabudgetärer Zuschlag gezahlt.

Zu den spezialisierten Leistungen gehört der Bericht an den Gutachter (351330, 35131), die vertiefte Exploration (35141), die Akutbehandlung (35152), die übenden Verfahren (35111-35113) und die genehmigungspflichtige Psychotherapie (Kap. 35.2). Die PFG wird (außer in Berlin) von der KV automatisch zugesetzt, wenn die Kriterien erfüllt sind. Es sind die Ziffern 22216/23216, die mit 170 Punkten dann 18,91 Euro (quotiert) erbringen, und der Zuschlag zur PGF 22218/23218, der mit 46 Punkten unquotierte 5,12 Euro erbringt.

- ***Wie genau berechnen sich die Strukturzuschläge? Worin besteht hier der Unterschied zwischen vollen und halben Versorgungsaufträgen?***

Der Strukturzuschlag war die Reaktion des Bewertungsausschusses auf ein Bundessozialgericht-Urteil. Er bildet die normativen Kosten einer Halbtagskraft ab und richtet sich nach dem Tarifgehalt einer MFA. Hintergrund ist die vom BSG gesetzte Muster-Maximal-Praxis, die regelhaft 36 Sitzungen über 43 Wochen des Jahres leistet und dies - laut Setzung des Gericht - nur mithilfe einer Halbtagskraft schaffen kann.

Er gilt nur für bestimmte Leistungen: für alle genehmigungspflichtigen Leistungen, für die Psychotherapeutischen Sprechstunden und die Akutbehandlungen. Unsinnigerweise ist die Probatorik ausgeschlossen. Die Leistungen der Fachkapitel 22 und 23 gehören auch nicht dazu.

Auf die Woche gerechnet stellt sich das dann folgendermaßen dar:

- Bei einem vollen Sitz gibt es bis zur 18ten zuschlagsberechtigten Sitzung keinen Zuschlag, von der 18. bis zur 36. zuschlagsberechtigten Sitzung gibt es den vollen Zuschlag von jeweils 20,69 Euro pro Sitzung in 2021. Von der 37. bis zur 42. Sitzung wird noch der halbe Zuschlag aufgestockt. Alle weiteren, eigentlich zuschlagsberechtigten Sitzungen über diese Grenze hinaus werden nicht mehr mit Zuschlägen versehen.
- Bei einem halben Sitz gibt es bis zur 9. zuschlagsberechtigten Sitzung keinen Zuschlag, von der 9. bis zur 18. zuschlagsberechtigten Sitzung gibt es den vollen Zuschlag von jeweils 20,69 Euro pro Sitzung in 2021. Von der 19. bis zur 21. Sitzung wird noch der halbe Zuschlag zugesetzt. Ab der 22. Sitzung werden keine Zuschläge mehr zugesetzt.

Die Zuschläge werden dann umgerechnet auf 10,75 Wochen im Quartal und auf alle zuschlagsberechtigten Leistungen: Die genehmigungspflichtige Psychotherapie, die Psychotherapeutischen Sprechstunden und die Akutbehandlung. Sie müssen hier nichts selber tun, die KV übernimmt diese Berechnung und weist sie dann in Ihrem Honorarbescheid aus.

Das Ergebnis kann verblüffen: Es gibt Konstellationen, bei denen die genau gleiche Leistungsmenge bei hälftigem Sitz deutlich mehr Honorar ergeben kann als bei ganzem Sitz.

Diese Tatsache hatte das BSG auch bewusst in einem weiteren Urteil aufgegriffen, in dem die Strukturzuschläge für rechtens erklärt wurden: Die Strukturzuschläge sollen als Anreiz dienen, seinen ganzen Sitz maximal auszulasten oder sonst eine Hälfte abzugeben.

Unter anderem wegen der unserer Meinung nach nicht verfassungskonformen Strukturzuschläge läuft eine vom bvvp initiierte Verfassungsbeschwerde. Es kann nicht sein, dass einige Leistungen der direkten Patient\*innenbehandlung nicht einbezogen sind und dass das generierte Honorar über die Strukturzuschläge auslastungsabhängig ist.

- ***Wieviel darf ich mit einem halben Sitz arbeiten? Gibt es dafür auch Planungssicherheit?***

Das Aufgreifkriterium für halbe Sitze, also die Grenze, von der an man bei der KV auffällig wird, ist, wenn man weniger als die Hälfte der sogenannten Plausibilitätsgrenze erreicht. Sie umfasst 390 Zeitstunden im Quartal. Alle Leistungen gehen mit ihren Plausi-Zeiten in die Berechnung ein, wie z.B. die Einzelsitzung mit 70 Minuten. Man sollte sich grob nach dieser Grenze richten. Ausnahme ist die KV Niedersachsen: Dort gibt es für halbe Sitze eine Grenze von ca. 16.000 Minuten im Quartal.

Eine Sicherheit, dass unsere Leistungen nicht wieder in die MGV eingedeckelt werden und dann eine geringere Obergrenze erhalten, gibt es nicht.

- ***Wenn ich eine Patientin mit Dringlichkeitscode über die TSS vermittelt bekomme, bin ich dann zur Weiterbehandlung verpflichtet?***

Die Indikationshoheit liegt immer bei den behandelnden Psychotherapeut\*innen! Sie können also immer zunächst Sprechstunden durchführen und prüfen, ob die Indikation der Dringlichkeitscodes stimmt. Hier liegt weder beim Vorgehen noch bei den Abrechnungsmöglichkeiten ein Unterschied zu der Situation vor, wenn Patient\*innen über das Praxistelefon einbestellt werden. Auch bei den gegebenenfalls anschließenden probatorischen Sitzungen kann sich noch herausstellen, dass das Verfahren und die Passung nicht stimmen. Wenn alles passt, dann ist es aber klar, dass Sie dann auch weiterbehandeln sollten, wenn Sie Probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung an die TSS melden, muss also auch immer potentiell ein Behandlungsplatz zur Verfügung stehen.

**Unser Tipp:**

Hilfreich ist eine Teilnahme an einer bvvp-Abrechnungsschulung – auch als Webinar – und das Studium unserer Broschüre EBM 2021 Info-Paket Plus light für Psychotherapeut\*innen, die Mitglieder zusammen mit der PPP-Ausgabe 2/2021 Anfang Juni erhalten haben und Nicht-Mitglieder bestellen können: [https://bvvp.de/wp-content/uploads/2021/05/210510\\_E\\_bvvp\\_flyer\\_ebm\\_01\\_Screen\\_PRO\\_public.pdf](https://bvvp.de/wp-content/uploads/2021/05/210510_E_bvvp_flyer_ebm_01_Screen_PRO_public.pdf)