

Mitteilung der Psychotherapeutenkammer

Schleswig-Holstein

zur Berichtspflicht:

Neue Berichtspflicht ab 1.1.2007

Zum 1. Januar 2007 tritt eine vom Bewertungsausschuss der KBV erlassene Berichtspflicht von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Ausübung von ambulanter Psychotherapie im Rahmen der GKV in Kraft. Hiernach können nur dann Leistungen des Abschnitts 35.1 und 35.2 des EBM abgerechnet werden, wenn im selben Quartal auch ein Bericht an den Hausarzt (EBM-Nr. 01600) oder ein individueller Arztbrief (EBM-Nr. 01601) abgerechnet wurde.

Ob und wie sinnvoll diese Regelung der KBV ist, mag zunächst einmal dahingestellt sein. Erwachsen ist diese Berichtspflicht aus Forderungen von Seiten überweisender Hausärzte und auch Fachärzte, die sich darüber beklagen, dass sie von ihren Patienten nichts mehr hören, wenn diese zu einem Psychotherapeuten überwiesen wurden. Dies wurde auch von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anlässlich einer gemeinsamen Vorstandssitzung mit der PKSH thematisiert.

Der Vorstand der PKSH betrachtet eine generelle Berichtspflicht im Rahmen einer Psychotherapie durchaus als sehr kritisch. So ist einerseits auf das besondere Vertrauensverhältnis innerhalb einer Psychotherapie zu verweisen. Andererseits ist die Problematik der Schweigepflicht zu klären, die eine individuelle Einwilligung des Patienten zum Bericht an einen anderen Arzt erforderlich machen könnte. Zu letzterem Punkt wird der Justitiar der PKSH in einer der nächsten Ausgaben des PTJ Näheres berichten.

Bis zur endgültigen Klärung kann von Seiten der PKSH vorerst nur empfohlen werden, die Einwilligung des Patienten individuell (möglichst zu Beginn der Therapie) abzuklären und der geforderten Berichtspflicht durch einen

Kurzbericht (EBM-Ziffer 01600)

genüge zu tun, in dem lediglich festgestellt wird, dass eine Psychotherapie indiziert ist und weiterhin fortgesetzt wird. Ein entsprechendes

Muster

modifiziertes Berichtsmuster

Mitteilung der Psychotherapeutenkammer

Hessen

zur Berichtspflicht:

Ab dem 1. Quartal 2007 werden alle Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 EBM nur dann vergütet, wenn Sie in der Abrechnung eine Angabe zum Bericht an den Hausarzt gemacht haben. Die Berichtspflicht an den überweisenden Arzt bleibt wie bisher ggfs. zusätzlich bestehen.

Hinsichtlich der Berichtspflicht an den Hausarzt bestehen zwei Möglichkeiten:

- Entweder Sie rechnen die Ziffern 01600 oder 01601 bzw. 01602 an

Hausarzt

(die KV Hessen wünscht die

Angabe des Namens

) ab oder

- Sie tragen die

Pseudoabrechnungsnummer 98999

ein, wenn der Patient keinen Hausarzt mitgeteilt oder keine Einwilligung erteilt hat.

Eine der beiden Alternativen muss zwingend mindestens einmal im Behandlungsfall (Quartal) in den Abrechnungsunterlagen eingetragen werden.

Die Berichtspflicht an den Hausarzt besteht unabhängig von dem Vorliegen einer Überweisung. Die Angabe in der Abrechnung ist nach Auffassung der KV

nicht nachholbar

. Ein

Unterlassen kann extreme Honorareinbußen zur Folge haben

. Wenn Sie sich über das Verfahren unsicher sind, informieren Sie sich bitte bei der KV Hessen.

Alle Leistungen der genannten Abschnitte des EBM werden berichtspflichtig. Voraussetzung ist die schriftliche Einwilligung des Patienten, welche jederzeit widerrufen werden kann.

Zur aktuellen Situation (seit 2008) gibt es offenbar noch keine Stellungnahme der Kammer. Es ist aber davon auszugehen, dass die Kammer hier eine ähnliche Haltung einnimmt wie die Verbände, also eine weiterhin kritische.