

Hausbesuche

Stand Juli 2018

Psychotherapeuten können genauso wie Ärzte Hausbesuche durchführen falls es erforderlich ist. Hausbesuche werden angefordert oder vereinbart.

Die Musterberufsordnung für Psychotherapeuten sagt dazu (im Prinzip das gleiche wie bei den Ärzten), dass ein Praxisstandort notwendig ist, aber die Behandlung begründet auch anderweitig stattfinden kann:

§ 20 Musterberufsordnung - Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in einer Niederlassung

- (1) Die selbstständige Ausübung psychotherapeutischer Behandlungstätigkeit ist grundsätzlich an die Niederlassung in einer Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen. Die Durchführung einzelner therapeutischer Schritte kann auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten stattfinden, soweit dies für die Behandlung notwendig ist und berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.

Abgesehen davon, dass Besuche zulässig sind, können sie sogar zur Pflicht werden. Das ergibt sich aus dem Bundesmantelvertrag-Ärzte:

§ 17 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) - Sprechstunden, Besuche

...

(4) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist. ...

(6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Versicherten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

Allerdings dürfen Patienten nicht einfach aus Bequemlichkeit einen Hausbesuch anfordern:

§ 17 Absatz 7 BMV-Ä: Die Krankenkassen haben ihre Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Besuchsbehandlung nur haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

„Besuch“ in diesem Sinne ist jede Behandlung außerhalb der Praxisräume, z. B. auch wegen Expositionsbehandlung in der Verhaltenstherapie, wegen Immobilität des Patienten, wegen akuter Suizidgefahr oder zur Behandlung von unheilbar kranken Patienten zu Hause. Der Aufwand für den Besuch kann zusätzlich zu

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

den Behandlungsleistungen, z.B. neben einer Psychotherapiesitzung, abgerechnet werden¹.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) beschreibt die Hausbesuche für Psychotherapeuten unter

„23 Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

23.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde) berechnet werden.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01222, 01320, 01321, **01410 bis 01416**, 01418, 01422, 01424, 01430, 01435, 01436, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 02100, 02101, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02323 und 02510 bis 02512.“

Wie die Hausbesuche abzurechnen sind, ergibt sich aus den Nrn.:

„01410 Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt 22,12
€/212 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01411 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.“

Aus der Ausschlussregelung des EBM (...nicht neben... berechnungsfähig) ergibt sich im Umkehrschluss, dass alle übrigen Behandlungsleistungen anlässlich des Besuches abrechenbar sind, also auch genehmigungspflichtige therapeutische Gespräche.

Abrechenbar ist für Psychotherapeuten auch

„01411 Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt - zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr
48,95 €/ 469 Punkte

(Die Gebührenordnungsposition 01411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01412 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.)

01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen
bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der
Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt 56,98 €/ 546 Punkte

...(Die Gebührenordnungsposition 01415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01414, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.)“

Hinzu kommt noch die **Wegepauschale**:

1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen

2. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der Gebührenordnungsposition 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten ist eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich.

Die Wegepauschalen müssten an sich im EBM, Kapitel 40 „Kostenpauschalen“, im Bewertungsausschuss zwischen KBV und Kassen vereinbart worden sein. Es gab sie auch bis zum 31.3.2005 unter den Nrn. 7234 – 7239; seitdem konnten sich aber die Partner des EBM nicht auf neue Eurobeträge einigen, selbst nicht vor dem Bundesschiedsamt. Seitdem gelten entweder die alten Nummern noch, bzw. Beträge, die die jeweiligen KVen mit den Landeskrankenkassen vereinbart haben². Für diese gibt es aus abrechnungstechnischen Gründen die sogen. Pseudo- bzw. Sondernummern (S-NR) für die Leistungen, die nur regional abgerechnet werden.

Beispielsweise hat die KV Berlin mit den Krankenkassen in ihrem Honorarvertrag für 2015 unter § 5 (Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) vereinbart:

„Von den Krankenkassen werden folgende Leistungsbereiche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Einzelleistung zu den Preisen der EURO-Gebührenordnung gemäß Abs. 2 als Pauschalen vergütet:

Der Vertragsarzt erhält bei jedem Besuch gem. GOP 01410, 01411, 01412, 01415
... eine Wegepauschale in folgender Höhe:

SNR 40220 7 bis 19 Uhr im Kernbereich bis zu 2 km Radius	3,67 €
SNR 40222 7 bis 19 Uhr im Randbereich bei mehr als 2 bis zu 5 km Radius	7,23 €
SNR 40224 7 bis 19 Uhr im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	10,56 €
SNR 40226 19 bis 7 Uhr im Kernbereich bei bis zu 2 km Radius	7,23 €
SNR 40228 19 bis 7 Uhr im Randbereich bei mehr als 2 bis zu 5 km Radius	11,25 €
SNR 40230 19 bis 7 Uhr im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	15,15 €

Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst, ausgehend vom Praxissitz als Zentrum, zu bestimmen. Die Wegepauschalen sind je Besuch, Aufsuchen bzw. erster Visite berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie die Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines Wegebereiches. Für die Berechnung der Wegepauschale ist unerheblich, auf welche Weise, mit welchem Verkehrsmittel bzw. mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.“

Hausbesuche bei **Privatpatienten** werden abgerechnet nach GOP/GOÄ Nrn.:

**„50 Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung
320 Pkte./Einfachsatz 18,65 €**

Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.

Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.“

Auch hier ist mithin die eigentliche Therapiestunde zusätzlich abzurechnen; eine Beratung nach Nr. 3 kann jedoch nicht auch noch veranschlagt werden. Da eine symptombezogene Untersuchung bei Psychotherapeuten eher nicht vorkommen wird, ist deren Fehlen beim angewandten Steigerungssatz zu berücksichtigen³.

Findet der Besuch dringlich oder zu besonderen Zeiten statt, gibt es „Zuschläge“:

Anlage zur GOÄ - Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

E Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung 160 18,24

Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.

F Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen	260 29,64
<i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	
G Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	450 51,30
<i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	
<i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i>	
H Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen	340 38,76
<i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.</i>	
<i>Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	
J Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80 9,12
K Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern 2 bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120 13,68

Die **Beihilfe** erstattet für Psycholog. Psychotherapeuten die Gebühr Nr. 50 allerdings nicht.

Auch bei Privatpatienten gibt es Wegepauschalen bzw. hier **Wegegeld**:

§ 7 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Entschädigungen

Als Entschädigungen für Besuche erhält der Arzt Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

§ 8 GOÄ Wegegeld

(1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von

1. bis zu zwei Kilometern 7,- Deutsche Mark, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 14,- Deutsche Mark,
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 13,- Deutsche Mark, bei Nacht 20,- Deutsche Mark,
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 20,- Deutsche Mark, bei Nacht 30,- Deutsche Mark,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 30,- Deutsche Mark, bei Nacht 50,- Deutsche Mark.

(2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.

- (2) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

Aus der Formulierung „Radius von“ wird gefolgert, dass nur der einfache Weg zählt und der Rückweg nicht zusätzlich bezahlt wird.

§ 9 GOÄ Reiseentschädigung

(1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 50 Deutsche Pfennige für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 100,- Deutsche Mark, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,- Deutsche Mark je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

(3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

Bei der Reiseentschädigung wird im Unterschied zum Wegegeld jeder Kilometer berechnet, so dass hier auch der Rückweg bezahlt wird.

¹ Z.B. **Dieter Best**, EBM u. GOP-Kommentator

² **A. Köhler/R. Hess/D. Best u.a., Kölner Kommentar zum EBM**, Stand 1.10.2015, D 1 Kommentierung zu den Sachkosten

³ **Dieter Best, Kommentar** zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten, 3. Aufl. 2015