



HINWEISE ZUR VERORDNUNG FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

- › SOZIO THERAPIE
- › MEDIZINISCHE REHABILITATION
- › KRANKENHAUSBEHANDLUNG
- › KRANKENBEFÖRDERUNG

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Soziotherapie, Rehabilitation, Krankenhausbehandlung, Krankenförderung: Für diese Leistungen dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Verordnungen ausstellen. Das ist neu, und viele von Ihnen wünschen sich Informationen dazu. Diesem Wunsch kommen wir mit dieser Broschüre nach.

Wir informieren über wichtige Regeln, die bei der Verordnung der Leistungen zu beachten sind. Hierbei gelten generell dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte, so werden zum Beispiel die gleichen Verordnungsformulare verwendet.

Darüber hinaus gibt es einige Unterschiede und Besonderheiten, vor allem beim Indikationsspektrum. Wir stellen diese vor und erläutern, worauf es bei der Verordnung ankommt.

Mit der Broschüre setzen wir unsere Reihe „Hinweise zur Verordnung“ fort.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

.....	
Mehr Behandlungsspielraum	Seite 3
.....	
Regeln und Grundlagen für die Verordnung	Seite 4
.....	
Richtig verordnen	Seite 6
Soziotherapie	Seite 7
Medizinische Rehabilitation	Seite 10
Krankenhausbehandlung	Seite 12
Krankenförderung	Seite 14
.....	
Auf einen Blick: Diese Formulare verwenden Psychotherapeuten	Seite 15
.....	

In der Broschüre wird in der Regel nur von Vertragspsychotherapeuten beziehungsweise Psychotherapeuten gesprochen. Soweit nicht anders gekennzeichnet sind damit Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeint.

MEHR BEHANDLUNGS- SPIELRAUM



Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen ihren Patienten erstmals Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen.

Dass sie dies dürfen, geht auf eine gesetzliche Regelung zurück. Danach können neben Ärzten nunmehr auch Psychotherapeuten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Sozialtherapie sowie Krankenhausbehandlung und Krankentransport verordnen – allerdings nur bei bestimmten psychischen Erkrankungen oder Störungen.

BEI BESTIMMTEN INDIKATIONEN

Die Indikationen wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung

von Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen passte dazu die entsprechenden Richtlinien zur Verordnung der vier Leistungen an.

So ist die Verordnung einer medizinischen Reha bei allen Diagnosen zulässig, bei denen eine Richtlinien-Psychotherapie oder eine neuropsychologische Therapie möglich ist. Für die übrigen Indikationen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10-GM muss eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Dasselbe gilt für Krankentransporteinweisungen.

MÖGLICHKEITEN UND VORTEILE

Die Möglichkeit, bestimmte Leistungen verordnen zu können, vergrößert den Behandlungsspielraum der Psychotherapeuten. Dies gilt vor allem für Behandlungsfälle, bei denen eine schwere psychische Erkrankung vorliegt.

Manche Patienten sind beispielsweise so krank, dass sie nicht in der Lage sind, ambulante Versorgungsangebote zu nutzen. In diesen Fällen kann eine Sozialtherapie erforderlich sein. Diese Leistung können Psychotherapeuten nunmehr verordnen.

Für Patienten, die sich in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden, hat die neue Regelung ebenfalls Vorteile. So erspart ihnen die Verordnung durch den Psychotherapeuten „Umwege“. Denn bisher mussten sie immer erst einen Vertragsarzt aufsuchen, um beispielsweise Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation oder eine Krankentransporteinweisung zu erhalten.

Bei der Verordnung der vier Leistungen gelten für Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte. Sie verwenden beispielsweise die gleichen Verordnungsmuster.

VORTEILE

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Vertragspsychotherapeuten bestimmte Leistungen verordnen können. Der G-BA hat daraufhin seine Richtlinien zur Verordnung von Sozialtherapie, medizinischer Rehabilitation, Krankenhausbehandlung und Krankentransport angepasst.

MEHR ENTSCHEIDUNGSSPIELRAUM
BEI DER BEHANDLUNG

ZUSÄTZLICHE STEUERUNGSMÖGLICHKEITEN
BEI DER VERSORGUNG

ZEITERSPARNIS FÜR PATIENTEN, DA
„VERORDNUNGSUMWEGE“ WEGFALLEN

REGELN UND GRUNDLAGEN FÜR DIE VERORDNUNG



GESETZLICHE VORGABEN UND RICHTLINIEN

In welchen Fällen wer mit welchem Ziel eine Leistung verordnen kann, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien fest. Darin ist beispielsweise auch geregelt, in welchen Fällen gesetzlich Versicherte Anspruch auf eine Soziotherapie oder eine Krankenförderung haben. Für Psychotherapeuten sind folgende Richtlinien entscheidend:

Soziotherapie-Richtlinie

Rehabilitations-Richtlinie

Krankenhauseinweisungs-Richtlinie

Krankentransport-Richtlinie

Die Grundlagen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Soziotherapie, für Krankenhausbehandlung und Krankenförderung sind gesetzliche Regelungen des SGB V, bei der Rehabilitation auch des SGB IX. Dabei sind die Grundsätze „ambulant vor stationär“ sowie „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“ zu beachten.



➔ Alle Richtlinien sind auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht: www.g-ba.de > **Richtlinien** > **Verlasste Leistungen**

WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT

Verordnungen unterliegen grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach Paragraph 12 SGB V. Demnach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Vor diesem Hintergrund könnten Krankenkassen im Einzelfall Prüfanträge stellen. Auf Leistungen, die unwirtschaftlich und nicht notwendig sind, haben gesetzlich Versicherte im Übrigen auch keinen Anspruch.

Bei Soziotherapie, Rehabilitation, Krankenhausbehandlung sowie Krankenförderung zur ambulanten Behandlung handelt es sich um Leistungen, die in der Regel von der Krankenkasse des Patienten genehmigt werden müssen. Diese Verordnungen können dann in Wirtschaftlichkeitsprüfungen einbezogen werden, wenn die Krankenkasse begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens insgesamt im jeweiligen Bereich hat. Dies könnte der Fall sein, wenn beispielsweise ein Therapeut seine Patienten übermäßig oft ins Krankenhaus einweisen würde.

Wo gibt es die Formulare? Müssen die Leistungen von den Krankenkassen vorab genehmigt werden? Wie hoch ist die Zuzahlung, die Patienten leisten müssen? Bei der Verordnung gelten für Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte. Wichtige Regeln und Grundlagen stellen wir nachfolgend vor.

WAS HEIßT ...

AUSREICHEND?

Ausreichend ist eine Behandlung, die der Art und Schwere der Krankheit entspricht und den Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigt.

ZWECKMÄßIG?

Zweckmäßig sind Leistungen, die „objektiv“ geeignet sind, im Rahmen der anerkannten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den angestrebten Heilerfolg zu erzielen.

NOTWENDIG?

Notwendig ist alles, worauf Ärzte und Psychotherapeuten bei der Behandlung eines Patienten nicht verzichten dürfen, andernfalls die Behandlung nicht ausreichend wäre.

WIRTSCHAFTLICH?

Wirtschaftlich im Sinne des SGB V sind Leistungen, die im Vergleich zu anderen ein günstiges Verhältnis von Kosten und Nutzen aufweisen.

SOZIOThERAPIE / damit Patienten ambulante Therapie-möglichkeiten in Anspruch nehmen, um Krankenhausbehandlung zu vermeiden / nur bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Erst- und Folgeverordnung auf Formular 26 / extrabudgetäre Vergütung. **Seite 7**

MEDIZINISCHE REHABILITATION / damit Patienten den Alltag wieder eigenständig meistern / nur aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen / in bestimmten Fällen mit gesonderter Abstimmung mit dem Arzt / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Verordnung auf Formular 61 Teil B – D / extrabudgetäre Vergütung. **Seite 10**

KRANKENHAUSBEHANDLUNG / zur medizinischen Versorgung eines Patienten im Krankenhaus / nur aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen / in bestimmten Fällen mit gesonderter Abstimmung mit dem Arzt / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Verordnung auf Formular 2. **Seite 12**

KRANKENBEFÖRDERUNG / Fahrt zur psychotherapeutischen Behandlung / muss im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung zwingend notwendig sein / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Verordnung auf Formular 4. **Seite 14**

FORMULARE

Vertragspsychotherapeuten verwenden die gleichen Vordrucke wie Vertragsärzte:

Soziotherapie: Formular 26 für die Verordnung sowie Formular 27 für den soziotherapeutischen Betreuungsplan, der als Anlage beigefügt wird

Rehabilitation: Formular 61

Krankenhausbehandlung: Formular 2

Krankenbeförderung: Formular 4

Je nach Region erhalten Vertragspsychotherapeuten die Vordrucke entweder von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder direkt bei einer Druckerei. Näheres dazu erfahren Sie bei Ihrer KV.

Wer die Vordrucke nicht in seiner Praxis vorrätig haben möchte, kann auch die sogenannte Blankoformularbedruckung nutzen. Dabei erstellt sich der Anwender die Formulare am Computer selbst. Hierfür wird spezielles Sicherheitspapier benötigt, das in den Drucker eingelegt und dann bedruckt wird. Das Papier kann für alle Formulare verwendet werden.

Egal für welches Verfahren Psychotherapeuten sich entscheiden: Die leeren Felder und Kästchen werden weitgehend automatisch von der Praxissoftware mit den persönlichen Daten wie Name und Adresse des Patienten bedruckt. Die Formulare können aber auch handschriftlich ausgefüllt werden.



➔ Sollten Sie sich nicht sicher sein, welche Angaben auf dem Formular genau erforderlich sind, nutzen Sie die Ausfüllhilfe der KBV. Sie finden diese – sowie Muster aller Formulare – auf der KBV-Internetseite unter: www.kbv.de/423226

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Das Ausfüllen von Ordnungsformularen wird in der Regel nicht zusätzlich vergütet. Ausnahmen sind das Ausstellen der Reha-Verordnung sowie die Verordnung von Soziotherapie, für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten eine Vergütung erhalten. Dazu gibt es eigene Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Mehr dazu lesen Sie auf den folgenden Seiten in dieser Broschüre.

EIGENANTEIL DES PATIENTEN

In vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung müssen sich Patienten mit einem festgelegten Prozentsatz an den Gesamtkosten beteiligen. Dies betrifft auch Soziotherapie, Reha, Krankenhausbehandlung und Krankenbeförderung.

Soziotherapie: 10 Prozent der Kosten pro Kalendertag, an dem Soziotherapie stattfindet; mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro

Rehabilitation: 10 Euro je Kalendertag

Krankenhausbehandlung: 10 Euro je Kalendertag, höchstens 28 Tage im Kalenderjahr

Krankenbeförderung: 10 Prozent der Fahrkosten, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro

Besondere Regelungen

➔ Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind von fast allen Zuzahlungen befreit. Für die Zuzahlung zu Fahrkosten gilt diese Befreiung nicht.

➔ Zuzahlungen sind nur bis zur finanziellen Belastungsgrenze zu leisten, das sind 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt beziehungsweise 1 Prozent für chronisch kranke Patienten.

RICHTIG VERORDNEN



Welche Indikationen müssen vorliegen?
Was ist beim Ausfüllen des Formulars zu beachten?
Welche Abstimmungspflichten bestehen? In diesem Kapitel erfahren Vertragspsychotherapeuten Näheres zu den verordnungsfähigen Leistungen.

-
SOZIOThERAPIE
.....
-
MEDIZINISCHE REHABILITATION
.....
-
KRANKENHAUSBEHANDLUNG
.....
-
KRANKENBEFÖRDERUNG
.....

SOZIOtherapie

Mit einer Soziotherapie werden psychisch schwer kranke Patienten dabei unterstützt, selbstständig zum Arzt oder Psychotherapeuten zu gehen, sich behandeln zu lassen und ärztlich oder psychotherapeutisch verordnete Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Vertragsärzte und -psychotherapeuten benötigen eine Genehmigung ihrer KV, um Soziotherapie zu verordnen.



Bislang konnte Soziotherapie nur von bestimmten Fachärzten verordnet werden, zum Beispiel einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Nunmehr dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bei Patienten in der Übergangsphase von 18 bis 21 Jahren) Soziotherapie verordnen, wenn sie dafür eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) haben.

➤ PATIENTENKREIS

Gesetzlich krankenversicherte Patienten ab 18 Jahren haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn sie an einer schweren psychischen Störung wie insbesondere einer Psychose, bipolaren Störung oder schweren Depression leiden und ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen beziehungsweise verordnete Leistungen nicht selbstständig in Anspruch nehmen können.

➤ ZIELE

Die Patienten sollen lernen, ihren Alltag zu meistern und in die Lage versetzt werden, ambulante Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Dabei soll die Eigenverantwortung der Patienten so gestärkt werden, dass sie langfristig ohne soziotherapeutische Betreuung auskommen. Diese Ziele werden im soziotherapeutischen Betreuungsplan festgehalten.

➤ MAßNAHMEN

Soziotherapie findet im sozialen Umfeld des Patienten statt – Hausbesuche und Begleitung zu Terminen gehören dazu. Der Soziotherapeut – dies kann zum Beispiel ein Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge oder auch ein Fachkrankenschwefler für Psychiatrie sein – analysiert die häusliche, berufliche und soziale Situation des Patienten und bespricht sie mit dem Patienten. Mithilfe von praktischen Übungen werden dann Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer verbessert. Weitere Übungen betreffen die Tagesstrukturierung, das planerische Denken sowie Strategien zur Konfliktlösung.

➤ GENEHMIGUNG DER KV

Genau wie Vertragsärzte benötigen auch Vertragspsychotherapeuten eine Genehmigung der KV, wenn sie Soziotherapie verordnen wollen. Dazu stellen sie bei ihrer KV einen „Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von Soziotherapie“. Darauf müssen sie unter anderem Einrichtungen angeben, mit denen sie kooperieren, zum Beispiel gemeindepsychiatrische Verbände oder vergleichbare Versorgungsstrukturen. Damit soll sichergestellt werden, dass der Verordnende auf entsprechende Netzwerke zurückgreifen kann, um beispielsweise die soziale Einbindung des Patienten zu fördern.

Erst wenn die Genehmigung der KV vorliegt, darf Soziotherapie verordnet und zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

➤ SOZIOtherAPEUTISCHER BETREUUNGSPLAN

Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist die Basis der Therapie. In der Regel erstellt der Soziotherapeut den Plan (auf Formular 27) und stimmt diesen mit dem verordnenden Vertragspsychotherapeuten oder Vertragsarzt und mit dem Patienten ab – alle unterschreiben.

Der Betreuungsplan enthält neben therapeutischen Maßnahmen, zeitlicher Strukturierung und Prognose vor allem auch die erforderlichen Teilschritte und Therapieziele. In regelmäßigen Abständen werden Therapieverlauf und -ziele von allen Beteiligten beraten und der Plan gegebenenfalls vom Soziotherapeuten angepasst.

ÜBERWEISUNG AN KOLLEGEN

Ein Vertragsarzt ohne KV-Genehmigung kann seine Patienten bei Bedarf zu einem Psychotherapeuten oder zu einem Arzt überweisen, der Soziotherapie verordnen darf. Kommt er zu der Einschätzung, dass sein Patient diese Überweisung alleine nicht in Anspruch nehmen kann, greift folgende Regelung: Der überweisende Arzt darf einen Soziotherapeuten per Verordnung für bis zu fünf Therapieeinheiten hinzuziehen, der den Patienten motivieren soll, überhaupt einen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten aufzusuchen, der für einen längeren Zeitraum verordnen kann. Der Vertragsarzt nutzt dazu Formular 28 „Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie“.

Formular 26



➤ FORMULAR 26

Die Verordnung von Soziotherapie erfolgt auf dem Formular 26. Der Psychotherapeut muss beispielsweise den Schweregrad der Erkrankung laut GAF-Skala angeben. Die GAF-Skala dient der Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus eines Patienten. Psychotherapeut und Soziotherapeut erhalten jeweils einen Durchschlag. Das Original erhält die Krankenkasse für die Genehmigung der Leistung.

➤ STUNDENKONTINGENT

Der Psychotherapeut darf pro Patient insgesamt 120 Stunden Soziotherapie innerhalb eines Zeitraums von höchstens drei Jahren verordnen. Danach ist eine erneute Verordnung auch bei derselben Krankheit möglich. Das Kontingent von 120 Stunden wird in einzelnen Schritten abgerufen, immer so viel, wie zur Erreichung der Ziele

im Behandlungsplan nötig sind (bis maximal 30 Stunden pro Verordnung).

➤ ANTRAG BEI DER KRANKENKASSE

Die Krankenkasse des Versicherten muss die Soziotherapie vorab genehmigen. Dazu wird das Original der Verordnung zusammen mit dem Behandlungsplan (Formular 27) bei der Krankenkasse des Patienten eingereicht. Die Krankenkasse prüft den Antrag, gegebenenfalls unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes. Bis zur Entscheidung übernimmt die Kasse die Kosten für die Soziotherapie. Dafür muss ihr die Verordnung spätestens am dritten Arbeitstag nach der Ausstellung vorliegen.

➤ ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Für die Verordnung auf Formular 26 erhalten Vertragspsychotherapeuten seit April 2018 eine Vergütung.

Die Abrechnung der Erstverordnung erfolgt über die Gebührenordnungsposition (GOP) 30810. Die Leistung umfasst nicht nur das Ausstellen der Verordnung, sondern beispielsweise auch, dass der Psychotherapeut den Patienten bei der Auswahl des Soziotherapeuten unterstützt und an der Erstellung des Behandlungsplans mitwirkt.

Die Folgeverordnung wird über die GOP 30811 abgerechnet. Aufgabe des Psychotherapeuten ist es hierbei unter anderem, den soziotherapeutischen Behandlungsplan zu überprüfen und anzupassen sowie den Therapieverlauf abzustimmen und zu beobachten. Erst- und Folgeverordnungen erfolgen auf dem Formular 26. Beide Leistungen sind mit 168 Punkten bewertet, das sind derzeit 17,90 Euro; die Vergütung erfolgt extrabudgetär zu festen Preisen.

SOZIOtherapie

VERORDNUNG ALS REGELVERSORGUNG

Die Regelversorgung mit Soziotherapie richtet sich an Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen aus:

- dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10-Abschnitt F20-20.6, F21, F22, F24, F25) oder
- der Gruppe der affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen (ICD-10-Abschnitt F31.5, F32.3, F33.3).

Bei Diagnosen der Regelversorgung ist eine Soziotherapie bei einer ernsthaften Beeinträchtigung des Patienten indiziert:

- Der Orientierungswert auf der GAF-Skala liegt bei 40 und darf nicht über 50 gehen.

Soziotherapie ist im Rahmen der Regelversorgung oder in begründeten Einzelfällen bei Patienten ab 18 Jahren verordnungsfähig. Die Grafik auf dieser Seite bietet einen Überblick.

VERORDNUNG IN BEGRÜNDETEN EINZELFÄLLEN

Die Soziotherapie-Richtlinie enthält eine Öffnungsklausel für begründete Einzelfälle außerhalb der Regelversorgung. Demnach kann unter bestimmten Voraussetzungen Soziotherapie auch verordnet werden bei Patienten mit Diagnosen aus:

- dem gesamten ICD-10-Kapitel für Psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99).

Bei diesen Diagnosen muss eine starke Beeinträchtigung des Patienten vorliegen:

- Der GAF-Wert liegt bei kleiner/gleich 40.

Weitere Voraussetzungen: Der verordnende Vertragspsychotherapeut oder Vertragsarzt bewertet die Gesamtsituation des Patienten und kann anschließend zu der Einschätzung gelangen, dass Soziotherapie indiziert ist. In der Richtlinie werden insbesondere folgende Fallkonstellationen genannt, von denen mindestens eine neben der Diagnose und dem GAF-Wert zutreffen muss, damit Soziotherapie im begründeten Einzelfall verordnet werden darf:

- Patient hat relevante Co-Morbiditäten: psychiatrische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, somatische Beschwerden wie Mobilitätseinschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen
- Stark eingeschränkte Fähigkeit des Patienten zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben
- Eingeschränkte Fähigkeit des Patienten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben
- Stark eingeschränkte Wegefähigkeit (Mobilität) des Patienten



➤ Soziotherapie-Richtlinie:
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/

➤ KBV-Themenseite Soziotherapie:
www.kbv.de/510361

➤ Die KBV bietet das PraxisWissen-Themenheft „Soziotherapie“ mit Hinweisen speziell zur Verordnung von Soziotherapie und Praxisbeispielen. Das Heft kann kostenlos bestellt (per E-Mail an: versand@kbv.de) oder heruntergeladen werden:
www.kbv.de/910181



Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen Patienten wieder in die Lage versetzen, ihren Alltag eigenständig zu meistern. Vertragspsychotherapeuten dürfen ihren Patienten solche Leistungen in bestimmten Fällen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Eine Genehmigung der KV ist dafür nicht erforderlich.



➤ DIESE LEISTUNGEN DÜRFEN VERORDNET WERDEN

Es gibt unterschiedliche Formen der medizinischen Rehabilitation. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können folgende Leistungen verordnen:

Psychosomatische Rehabilitation:

Hier werden im Rahmen einer komplexen Leistung für Patienten mit psychischen Erkrankungen insbesondere psychotherapeutische Verfahren, aber auch somatische Behandlungsangebote angewandt.

Rehabilitation für psychisch Kranke:

Ziel dieser Rehabilitationsform ist die gesellschaftliche und berufliche Eingliederung von psychisch Kranken und behinderten Menschen mit Blick auf ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben in der Gesellschaft.

Für die Verordnung müssen bestimmte Indikationen vorliegen.

➤ INDIKATIONEN UND ABSTIMMUNGSPFLICHT

Vertragspsychotherapeuten dürfen Reha-Leistungen ohne gesonderte Abstimmung mit dem Arzt verordnen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie vorliegt:

Indikationen nach Paragraph 26 der Psychotherapie-Richtlinie, zum Beispiel depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen.

Indikationen der neuropsychologischen Therapie, zum Beispiel organisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile (asthenische) Störung.

Für weitere Indikationen des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM muss sich der Vertragspsychotherapeut mit dem behandelnden Arzt abstimmen, um mögliche somatische Ursachen ärztlich abzuklären.

➤ ZUSAMMENARBEIT MIT DEM BEHANDELNDEN ARZT

Zum Ausfüllen des Formulars zur Verordnung von medizinischer beziehungsweise psychotherapeutischer Rehabilitation

müssen Vertragspsychotherapeuten bestimmte ärztliche Informationen heranziehen. So ist beispielsweise abzuklären, ob weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen vorliegen. Auch Angaben etwa zur Arznei- und Heilmitteltherapie sowie zu rehabilitationsrelevanten Hilfsmitteln werden abgefragt. Die Angaben sind erforderlich für die Entscheidung der Krankenkasse zur Genehmigung der Leistung zur medizinischen Reha. Zudem helfen sie, Rückfragen zu vermeiden.

Sofern die Informationen (noch) nicht vorliegen, müssen Vertragspsychotherapeuten die entsprechenden Befunde einholen und auf dem Ordnungsformular angeben.

➤ VERORDNUNGEN NUR ZULASTEN DER GKV

Die Möglichkeit zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation durch Vertragspsychotherapeuten erstreckt sich nur auf Patienten, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Rehabilitationsleistungen erhalten. In der Regel sind die Krankenkassen für Rentner sowie für Mütter und Väter (Mutter-/Vater-Kind-Leistungen) zuständig. Für Menschen im Erwerbsleben ist grundsätzlich die Rentenversicherung zuständig.



Formular 61

SPEZIELLE KENNTNISSE DER ICF

Für das Ausfüllen der Formulareseiten B-D sind spezielle Kenntnisse in der Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erforderlich. Darauf wird in der Reha-Richtlinie hingewiesen. Die ICF stellt das konzeptionelle Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dar. Im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung werden die Grundkenntnisse dazu bereits vermittelt.

FORTBILDUNGSANGEBOTE NUTZEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu den Grundlagen der Verordnung von medizinischer Rehabilitation an. Vertragspsychotherapeuten können sich an ihre KV wenden, um sich über das Fortbildungsangebot zu informieren. Die KBV bietet eine zertifizierte Online-Fortbildung an. Das Angebot ist im Online-Fortbildungsportal im Sicheren Netz abrufbar (Login erforderlich). Zugangsvoraussetzungen: www.kbv.de/404991

➤ FORMULAR 61

Teil A

Manchmal ist unklar, ob die Krankenkasse des Patienten für die Rehabilitation zuständig ist oder beispielsweise die Rentenversicherung. In solchen Fällen können Vertragspsychotherapeuten genau wie Vertragsärzte Teil A des Formulars 61 ausfüllen und damit eine entsprechende Anfrage an die Krankenkasse des Patienten stellen. Mit Formular 61 Teil A können sie auch eine Reha-Beratung durch die Krankenkasse initiieren, die Patienten in Anspruch nehmen können.

Teil B-D

Ist die Krankenkasse zuständig, wird Formular 61 Teil B-D verwendet. Auf den drei Seiten tragen Vertragspsychotherapeuten alle abgefragten Angaben ein. Dazu gehören:

- Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen
- Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung
- Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsziele
- Rehabilitationsprognose
- Zuweisungsempfehlungen

➤ ANTRAG BEI DER KRANKENKASSE

Eine medizinische Reha ist eine antragspflichtige Leistung. Das heißt, gesetzlich versicherte Patienten müssen die Leistung bei ihrer Krankenkasse beantragen und genehmigen lassen. Dazu reichen sie die Verordnung des Vertragspsychotherapeuten bei ihrer Kasse ein.

So kann es weitergehen

Die Krankenkasse genehmigt die Reha

– dies teilt sie dem Versicherten und dem verordnenden Vertragspsychotherapeuten mit.

Die Krankenkasse stellt fest, dass sie nicht zuständig ist

– dann leitet sie den Antrag an den zuständigen Sozialversicherungsträger weiter (z. B. an die Rentenversicherung, Unfallversicherung oder einen anderen Kostenträger).

Die Krankenkasse lehnt die Rehabilitation ab

– dies muss sie schriftlich begründen; der Versicherte kann Widerspruch einlegen.

➤ ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Für das Ausstellen der Reha-Verordnung erhalten Vertragspsychotherapeuten seit April 2018 eine Vergütung. Hierfür kann die Gebührenordnungsposition 01611 im EBM abgerechnet werden. Sie ist mit 302 Punkten bewertet, das sind derzeit 32,18 Euro; die Vergütung erfolgt extra-budgetär zu festen Preisen.



➤ Rehabilitations-Richtlinie: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/

➤ KBV-Themenseite Rehabilitation: www.kbv.de/991147

➤ Die KBV bietet ein Themenheft mit Hinweisen zur Reha-Verordnung und Praxisbeispielen. Das Heft „Medizinische Rehabilitation“ kann kostenlos bestellt (per E-Mail an: versand@kbv.de) oder heruntergeladen werden: www.kbv.de/244753



KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Jeder Vertragspsychotherapeut kann eine Krankenhausbehandlung verordnen. Dies ist möglich, wenn ein Patient aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen stationär behandelt werden muss. Zuvor müssen alle alternativen ambulanten Behandlungsangebote geprüft werden. Eine Genehmigung der KV ist nicht erforderlich.



Gerade bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung ist der Grundsatz zu beachten: ambulant vor stationär. Das bedeutet, dass Vertragspsychotherapeuten vor einer Krankenhauseinweisung alle ambulanten Behandlungsalternativen in Erwägung ziehen müssen. Sie müssen sich somit über sämtliche Angebote informieren und den Patienten unter Umständen dorthin verweisen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie festgelegt.

➤ INDIKATIONEN UND ABSTIMMUNGSPFLICHT

Vertragspsychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlung ohne gesonderte Abstimmung mit dem Arzt verordnen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie vorliegt:

Indikationen nach Paragraf 26 der Psychotherapie-Richtlinie, zum Beispiel depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen.

Indikationen der neuropsychologischen Therapie, zum Beispiel organisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile (asthenische) Störung.

Für alle übrigen Indikationen in Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM muss sich der Vertragspsychotherapeut mit dem behandelnden Arzt abstimmen, um mögliche somatische Ursachen ärztlich abzuklären.

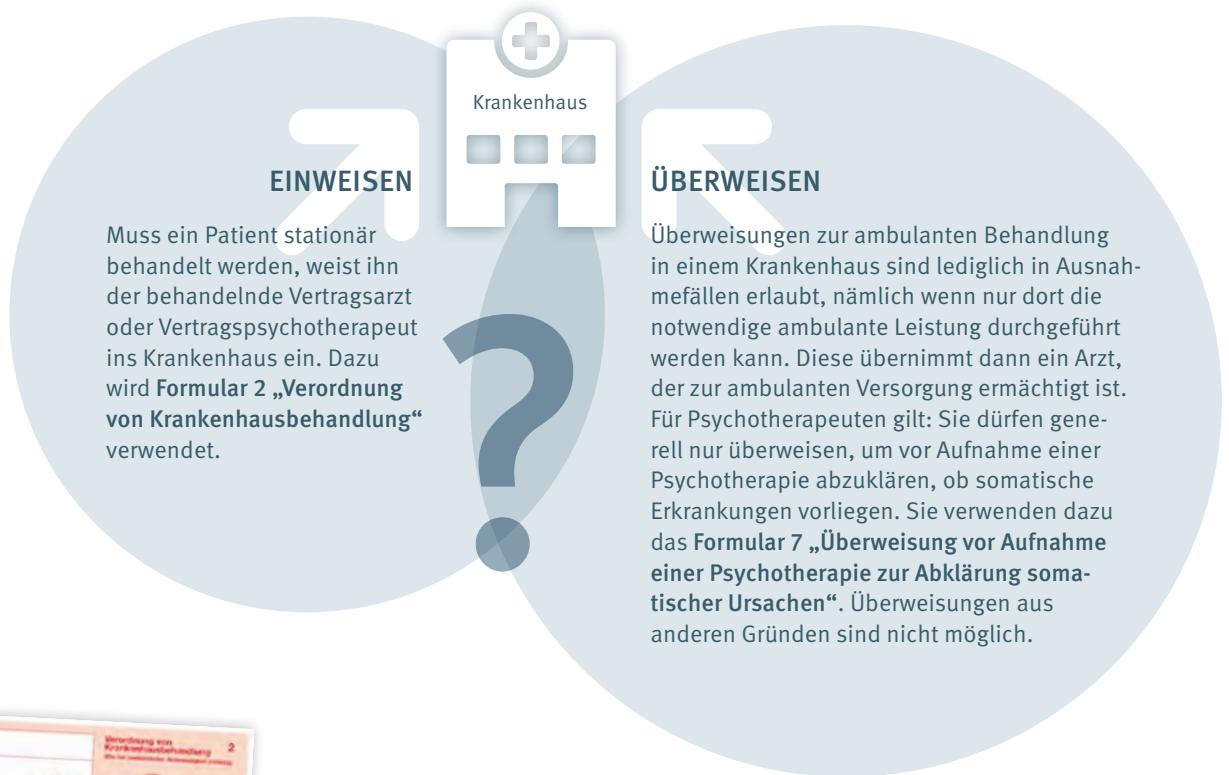


➤ Eine Übersicht von Möglichkeiten zur ambulanten Weiterbehandlung bietet die KBV auf einer Themenseite: www.kbv.de/459165

AMBULANT
VOR
STATIONÄR

GRUNDSATZ

Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für die Patienten mit den Mitteln der ambulanten Versorgung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Bevor eine Krankenhausbehandlung verordnet wird, müssen verordnende Vertragsärzte und auch Vertragspsychotherapeuten die ambulanten Behandlungsalternativen abwägen.



EINWEISEN

Muss ein Patient stationär behandelt werden, weist ihn der behandelnde Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut ins Krankenhaus ein. Dazu wird **Formular 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“** verwendet.

ÜBERWEISEN

Überweisungen zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus sind lediglich in Ausnahmefällen erlaubt, nämlich wenn nur dort die notwendige ambulante Leistung durchgeführt werden kann. Diese übernimmt dann ein Arzt, der zur ambulanten Versorgung ermächtigt ist. Für Psychotherapeuten gilt: Sie dürfen generell nur überweisen, um vor Aufnahme einer Psychotherapie abzuklären, ob somatische Erkrankungen vorliegen. Sie verwenden dazu das **Formular 7 „Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen“**. Überweisungen aus anderen Gründen sind nicht möglich.



Formular 2

➤ FORMULAR 2

Verwendet wird Formular 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“. Vertragspsychotherapeuten dokumentieren hierauf die Diagnose, die die stationäre Behandlung begründet, sowie gegebenenfalls weitere Diagnosen. Zudem sind in geeigneten Fällen die beiden nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser anzugeben.

Formularteil 2a erhält der Patient zur Vorlage bei seiner Krankenkasse. Auf Formularteil 2b sind die Untersuchungsergebnisse und bisher erfolgte Behandlungsmaßnahmen für den Krankenhausarzt anzugeben, soweit diese vorliegen. Diesen Formularteil erhält der Krankenhausarzt.

➤ GÜLTIGKEIT DER VERORDNUNG

Die Verordnung gilt bis der Behandlungsfall vom Krankenhaus abgeschlossen ist. Liegt ein längerer Zeitraum zwischen Verordnung und Beginn der stationären Behandlung und ist der Patient in diesem Zeitraum bei seinem Psychotherapeuten in Behandlung, kann dieser prüfen, ob eine stationäre Behandlung weiterhin notwendig ist.



➤ Krankenseite Krankenhausrichtlinie: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/16/

➤ KBV-Themenseite Krankenseite einweisung: www.kbv.de/459165

DAS GEHÖRT ZUR KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Krankenhausbehandlung umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Patienten im Krankenhaus notwendig sind. Dazu gehören insbesondere die ärztliche Behandlung und pflegerische Hilfeleistung sowie die Versorgung der Patienten mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln während sie im Krankenhaus untergebracht und gepflegt werden.

Zugelassene Krankenhäuser sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, oder Krankenhäuser, mit denen Krankenkassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben (§ 109 Abs. 1 SGB V).

KRANKENBEFÖRDERUNG

Eine Krankenbeförderung muss im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung zwingend notwendig sein, damit sie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden darf. Vertragspsychotherapeuten benötigen keine Genehmigung ihrer KV, um Krankenbeförderung zu verordnen.



➤ DIESE FAHRTEN DÜRFEN VERORDNET WERDEN

Zur stationären Behandlung

Vertragspsychotherapeuten, die einem Patienten eine Krankenhausbehandlung verordnet haben, können diesem Patienten auch eine Fahrt zur stationären Behandlung dorthin verordnen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann. Eine Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten ist bei einer Fahrt zur stationären Behandlung nicht erforderlich.

Zur ambulanten Behandlung

Fahrten zur ambulanten Behandlung können nur in Ausnahmefällen verordnet werden und sind vorab von der Krankenkasse zu genehmigen.

Fahrten zur ambulanten Behandlung können für Patienten verordnet werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ oder einen Pflegebescheid mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und bei Pflegegrad 3 dauerhaft in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind. Diese Beeinträchtigungen können somatische oder kognitive Ursachen haben.

Zudem können Krankenkassen Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen, wenn Patienten von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

➤ DIESE BEFÖRDERUNGSMITTEL SIND MÖGLICH

Welches Beförderungsmittel verordnet wird, richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen. Dabei sind der Gesundheitszustand und die Gehfähigkeit des Patienten zu berücksichtigen. Benötigt er unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung, kann ein Krankentransportfahrzeug erforderlich sein. Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung sind zum Beispiel mit einem Taxi möglich. Zudem ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Krankentransport

Die Fahrt mit einem Krankentransportfahrzeug kann erforderlich sein, wenn der Patient unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung benötigt. Auch die Übertragung einer schweren, ansteckenden Krankheit des Patienten kann dadurch vermieden werden.

Krankenfahrt

Die Krankenfahrt ist eine Fahrt ohne medizinisch-fachliche Betreuung. Sie kann mit einem Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder einem Privatfahrzeug stattfinden. Für die beiden letztgenannten Beförderungsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich. Die Krankenkassen können die Kosten auf Antrag übernehmen.

Eine Beförderung mit Rettungswagen oder Notarztwagen sowie Flüge mit dem Rettungshubschrauber werden über die jeweiligen Rettungsleitstellen angefordert.

➤ GENEHMIGUNG UND KOSTENERSTATTUNG

Fahrten zu einer stationären Behandlung muss sich der Patient von seiner Krankenkasse nicht genehmigen lassen – Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dagegen schon. Krankenkassen haben oftmals Verträge mit bestimmten Krankentransportdiensten oder auch Taxiunternehmen geschlossen, sodass der Patient hier Rücksprache mit seiner Krankenkasse halten sollte. Der Dienstleister rechnet die Fahrt dann direkt mit der Krankenkasse ab.

KEINE VERORDNUNG VON FAHRTEN ZUR REHA

Für Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen stellen Vertragsärzte und auch Vertragspsychotherapeuten keine Verordnung aus, sondern weisen einen Patienten zur Klärung seiner An- und Abreise direkt an seine zuständige Krankenkasse.



Formular 4

AUF EINEN BLICK

DIESE FORMULARE VERWENDEN PSYCHOTHERAPEUTEN

Mit der Verordnung von Leistungen sind einige Formulare hinzugekommen, die Vertragspsychotherapeuten verwenden. Die Formulare sind auch in der Praxissoftware hinterlegt.

Formular 2 Verordnung von Krankenhausbehandlung

Formular 4 Verordnung einer Krankenförderung

Formular 26 Verordnung Soziotherapie

Formular 27 Soziotherapeutischer Betreuungsplan

Formular 61 Verordnung von medizinischer Rehabilitation

➤ FORMULAR 4

Verwendet wird Formular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“. Grundsätzlich soll diese Verordnung vor der Beförderung ausgestellt werden. Auf der Verordnung sind der Grund für die Fahrt, das Beförderungsmittel und der Weg anzugeben.

Formular 4 wird derzeit überarbeitet.
Voraussichtliche Verfügbarkeit: 4. Quartal 2018



➤ Krankentransport-Richtlinie:
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/

➤ KBV-Themenseite Krankentransport:
www.kbv.de/901078



➤ Eine Übersicht aller Formulare für die Psychotherapie sowie Ausfüllhilfen:
www.kbv.de/423226

➤ In der Rubrik „Service für die Praxis“ stellt die KBV nähere Informationen sowie Praxistipps zu den folgenden Themenbereichen bereit:

Verordnungen: www.kbv.de/962253

Formulare: www.kbv.de/863394

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**

Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**

Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Kommunikation der KBV,

Abteilung Veranlasste Leistungen

Gestaltung: www.malzwei.de

Druck: www.kohlhammerdruck.de

Fotos: © Adobe Stock: Minerva Studio, Photographee.eu,

pressmaster, Vadim Guzhva, visivasnc; © Fotolia: Rafal

Olechowski, zinkevych; © iStock: alvarez, paylessimages,

Shawn Hempel; © Shotshop: imagepointfr

Stand: April 2018

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche
Form der Berufsbezeichnung gewählt. Hiermit ist
selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.