

Gebhard Hentschel, Michael Ruh

Sozialrechtliche Befugnisse erweitert

Zweiter Teil:
Soziotherapie und medizinische Rehabilitation



Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber 2015 die Verordnungskompetenzen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erweitert und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Richtlinien entsprechend zu überarbeiten. In dieser Ausgabe der Psychotherapie Aktuell stellen wir Ihnen zwei weitere Befugnisse vor, die Verordnung von Soziotherapie und die Verordnung von medizinischer Rehabilitation.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten am 08.06.2017 (<https://goo.gl/qwUpec>)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Kraft getreten am 09.06.2017 (<https://goo.gl/RM9voE>)

Verordnung von Soziotherapie

Welche Ziele verfolgt Soziotherapie?

Soziotherapie soll schwer psychisch kranke Menschen, die gesetzlich krankenversichert sind, unterstützen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die Patientinnen/Patienten sollen über Motivierung und strukturierte Trainingsmaßnahmen befähigt werden, psychosoziale Defizite abzubauen und in die Lage versetzt werden, erforderliche Leistungen anzunehmen und selbstständig in Anspruch zu nehmen.

Hierbei geht es um Patientinnen/Patienten, bei denen die Fähigkeit, den Alltag und das Lebensumfeld zu gestalten, stark eingeschränkt ist und die nicht bzw. kaum mehr in der Lage sind, ambulante Hilfen eigenständig für sich abzurufen.

Dies trifft ebenfalls zu, wenn aufgrund dessen ein Krankenhausaufenthalt droht oder schon erfolgt ist und die Einschränkungen bei der Entlassung immer noch gegeben sind. (Wiederholte) Krankenhausaufenthalte sollen so vermieden werden. Soziotherapie kann aber auch zum Ziel haben, eine notwendige Krankenhausbehandlung erst in Anspruch nehmen zu können oder im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Krankenhausaufenthalt strukturierend zu unterstützen.

Wer verordnet Soziotherapie?

Psychologische Psychotherapeutinnen/-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten können Soziotherapie verordnen. Diese Verordnungsbefugnis haben darüber hinaus Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Darüber hinaus verordnen auch psychiatrische Institutsambulanzen und die dort tätigen oben genannten Professionen inklusive Psychologische Psychotherapeuten und

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Soziotherapie.

Soziotherapie ist eine Behandlungsform, die sich an erwachsene Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr richtet. Insofern können Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Soziotherapie verordnen.

Soziotherapie kann auch im Rahmen eines Entlassmanagements im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet werden. Die Krankenhausärztin/Krankenhauspsychotherapeutin/der Krankenhausarzt/Krankenhauspsychotherapeut verordnet und informiert die weiterbehandelnde Vertragsärztin/Vertragspsychotherapeutin bzw. den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten, der die soziotherapeutische Behandlung weiter verordnen kann.

Entsprechendes gilt für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

Verordnungsgenehmigung durch die regionale KV notwendig

Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten benötigen für die Verordnungskompetenz eine Genehmigung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Der „Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Soziotherapie“ ist erhältlich bei der regionalen KV. Der fachliche Status der Psychologischen Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. des Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

bzw. die oben beschriebenen Facharztbezeichnungen sind anzugeben.

Der Nachweis einer Fortbildung über Kenntnisse der Indikation für Soziotherapie, der Kontrolle von Ablauf und Erfolg sowie eventuelle fachliche Korrekturen vornehmen zu können ist nicht mehr notwendig. Vielmehr geht der Normgeber davon aus, dass diese Kenntnisse im Rahmen der Aus- und Weiterbildung erworben wurden.

Zusätzlich ist der Nachweis der überweisenden Behandler über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen (z. B. komplementäre Einrichtungen) notwendig. Existiert in einer Region noch kein gemeindepsychiatrischer Verbund, sind im Antrag insbesondere gemeindepsychiatrische Träger und Hilfeanbieter zu benennen. Informationen über diese Anbieter in einer Region sind erhältlich bei den Sozialpsychiatrischen Diensten oder auch über den Hilfeatlas des Dachverbands Gemeindepsychiatrie (<http://dvgp.mapcms.de>).

Überweisung zur Verordnung von Soziotherapie

Vertragsärztinnen/-ärzte ohne Verordnungsbefugnis können Patientinnen/Patienten zu einer der oben beschriebenen qualifizierten Berufsgruppen bzw. Einrichtungen mit Verordnungsbefugnis für Soziotherapie überweisen, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass eine entsprechende Indikation vorliegt.

Kommt die überweisende Ärztin/der überweisende Arzt zu der Auffassung, dass die Patientin/der Patient nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbstständig in Anspruch zu nehmen, kann ein soziotherapeutischer Leistungserbringer per Verordnung hinzugezogen werden. Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck

(„Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung bei Soziotherapie gemäß § 37a SGB V“).

Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung der Patientin/des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal fünf Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie kommt.

Wer erbringt soziotherapeutische Leistungen?

In der Regel sind dies private oder gemeinnützige Träger, die weitere Hilfen für psychisch kranke Menschen anbieten, z. B. „Ambulante psychiatrische Pflege“ oder „Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen“, und die sich auf die Erbringung von soziotherapeutischen Leistungen spezialisiert haben.

Informationen über Soziotherapeutinnen/Soziotherapeuten in der Region sind erhältlich über die zuständige Krankenkasse, die Gesundheitsämter und Sozialpsychiatrischen Dienste, die Paritätischen Wohlfahrtsverbände, die Landespsychotherapeutenkammern oder bei Dachverbänden von Leistungserbringern, z. B. dem Dachverband Gemeindepsychiatrie (DVGP) – <https://www.dvgp.org/>, dem Bündnis für ambulante psychiatrische Pflege (BAPP) – <http://www.bapp.info/> oder dem Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. – <http://wp.soziotherapie.eu/>.

Fachliche Qualifikation von Soziotherapeutinnen/Soziotherapeuten

Soziotherapeutinnen/Soziotherapeuten sind in der Regel von den Krankenkassen zugelassene Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen

oder Fachkrankenpflegerinnen/Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, wenn sie darüber hinaus bestimmte Voraussetzungen, wie z. B. eine ausreichende Berufserfahrung in der stationären oder ambulanten psychiatrischen Versorgung erfüllen und nachweisen können.

Bei welchen Indikationen kann Soziotherapie verordnet werden?

Soziotherapie richtet sich an Patientinnen und Patienten, bei denen durch schwere psychische Erkrankung hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. Dies trifft zu, wenn zumindest eine der folgenden Beeinträchtigungen gegeben ist:

- Bei der Patientin/dem Patienten liegt eine Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges vor.
- Bei der Patientin/dem Patienten liegt eine Störung im Verhalten mit einer Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit vor.
- Bei der Patientin/dem Patienten bestehen Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens.
- Bei der Patientin/dem Patienten besteht krankheitsbedingt ein unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

Die verordnende Psychotherapeutin/der verordnende Psychotherapeut stellt die Schwere der Beein-

trächtigung fest und dokumentiert diese in der Verordnung. Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung soll die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) verwendet werden.

Die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale)

Die GAF-Skala ist eine Bewertungsskala und dient der Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus einer Patientin/eines Patienten. Körperliche Erkrankungen und Umgebungsbedingungen sollen hierbei explizit nicht berücksichtigt werden. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht.

Die Abstufung des Funktionsniveaus erfolgt zwischen 1 und 100 %:

100 % entspricht hervorragende Leistungsfähigkeit, 1 bis 10 % ständige Gefahr, sich selbst oder andere schwer zu verletzen. Innerhalb der hier dargestellten 10er-Schritte können weitere Abstufungen vorgenommen werden. Die ausführliche Skala und weitere Infos finden Sie unter www.kbv.de/html/soziotherapie.php (siehe auch Tabelle 1).

Diagnosen der Soziotherapie

Soziotherapie kann in der Regelversorgung bei Patientinnen/Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen folgender Diagnosen zur Anwendung kommen:

**§ 2 (4)
Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL)**

(4) Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formen-

Wertebereich in %	Beschreibung
100 – 91	Optimale Funktion in allen Lebensbereichen
90 – 81	Gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten
80 – 71	Höchstens leichte Beeinträchtigungen
70 – 61	Einige leichte Schwierigkeiten
60 – 51	Mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten
50 – 41	Ernsthafte Beeinträchtigung
40 – 31	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30 – 21	Leistungsunfähigkeit in allen Bereichen
20 – 11	Selbst- und Fremdgefährdung
10 – 1	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

Tabelle 1

kreises (ICD-10-Nummern: F 20.0 – 20.6 [Schizophrenie], 21 [schizotype Störung], 22 [anhaltende wahnhaftige Störung], 24 [induzierte wahnhaftige Störung] und 25 [schizoaffektive Störung]) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nummern: F 31.5 [gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung], 32.3 [schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen] und 33.3 [gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung]). Bei Verordnungen von Probesitzungen zur Abklärung der Therapiefähigkeit und Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans (§ 5 Abs. 2) genügt auch der Verdacht auf eine schwere psychische Erkrankung.

Für die Verordnung von Soziotherapie soll in der Regel das Funktionsniveau bei psychotischen Erkrankungen nicht über 50 (GAF-Skala) liegen, bei sonstigen schweren psychischen Erkrankungen nicht höher als 40 (GAF-Skala).

Soziotherapie in begründeten Einzelfällen

In begründeten Einzelfällen geht der Versorgungsanspruch über die oben genannten Indikationen der

Regelversorgung hinaus: Soziotherapie kann dann auch bei schwer psychisch kranken Menschen aus dem gesamten Spektrum der F-Diagnosen (F 00 – 99) verordnet werden, wenn zugleich die Einschränkung ihrer Fähigkeiten (GAF-Skala) noch ausgeprägter ist. Relevant können dabei zusätzliche Co-Morbiditäten wie z. B. Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung, erhebliche Mobilitätseinschränkung oder chronische Schmerzerkrankung sein. Ebenfalls kann hier die eingeschränkte Fähigkeit, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen, relevant sein wie auch eine stark eingeschränkte Wegefähigkeit, z. B. bei einer Angsterkrankung. Der GAF-Wert liegt bei kleiner/gleich 40.

Gleichzeitig soll die Patientin/der Patient über das notwendige Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten.

Der soziotherapeutische Behandlungsplan

Die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut unterstützt die Patientin/den Patienten bei der Auswahl des geeigneten soziotherapeutischen Leistungserbringers. Er nimmt Kontakt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer auf und bespricht die Patientenproblematik und die sich daraus ergebende Betreuung.

**MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN**

Partnerschaft von
Rechtsanwältinnen und
Rechtsanwälten mbB
Notarin

**NUMERUS
CLAUSUS
PROBLEME?**

Hohe Erfolgsquoten in
allen Numerus clausus-
Fächern, z.B. im Fach
**Psychologie:
100% Erfolg**
mit unserer Strategie –
auch im Masterstudien-
gang!

**Wir haben die
Erfahrung.**

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Soziotherapie beginnt mit der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans. Hierbei wirken der Verordner, der soziotherapeutische Leistungserbringer und die/der Versicherte zusammen. Im soziotherapeutischen Betreuungsplan müssen enthalten sein

- Anamnese,
- Diagnose,
- aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen der Patientin/des Patienten und Schweregrad gemäß GAF,
- plausible Darstellung der angestrebten Therapieziele und der hierfür erforderlichen Teilschritte (Nah-Ziel und Fern-Ziel),
- die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen,
- die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen,
- Prognose.

Soziotherapeutische Dokumentation

Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Patientin/den Patienten und deren/dessen Entwicklung; er berichtet der Verordnerin/dem Verordner über den Stand der Behandlung (bei gravierender Befundänderung umgehend). Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu

- den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang),
- dem Behandlungsverlauf und
- den bereits erreichten bzw. den noch verbleibenden Therapie(teil)zielen.

Ziele und Maßnahmen im Detail

Die konkrete Hilfe findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientin/des Patienten statt. Die Unterstützung der Patientin/des Patienten findet sowohl in Form von Begleitung als auch Anleitung zur

Selbsthilfe statt. Die Förderung der Selbstständigkeit hat die Unabhängigkeit der Patientin/des Patienten von der soziotherapeutischen Betreuung zum Ziel. Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung und verordneter Leistungen für die Patientin/den Patienten gemäß dem erstellten soziotherapeutischen Betreuungsplan. Folgende Leistungen können von der Soziotherapeutin/dem Soziotherapeuten erbracht werden:

Motivations(antriebs)-relevantes Training

Mit der Patientin/dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld der Patientin/des Patienten statt.

Training zur handlungsrelevanten Willensbildung

Das Training beinhaltet die Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken. Dabei wird eine Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten gegeben und eine selbstständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung eingeübt.

Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung

Diese beinhaltet Hilfen beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung. Die Compliance der Patientin/des Patienten wird gefördert und gesunde Persönlichkeitsanteile gestärkt.

Hilfe in Krisensituationen

Bei auftretenden Krisen kann die Soziotherapeutin/der Soziotherapeut entsprechende Hilfe, gegebenenfalls auch aufsuchend anbieten. So kann eine erhebliche Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation der Patientin/des Patienten verhindert werden.

Leistungsumfang und Genehmigungsschritte

Zur Abklärung der Therapiefähigkeit und zur Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans können zunächst bis zu fünf Probestunden verordnet werden. Diese Stunden werden auf das Gesamtkontingent angerechnet. Die Verordnung von Probestunden kann maximal zweimal pro Jahr für eine Versicherte/einen Versicherten erfolgen.

Die Verordnung der Soziotherapie erfolgt in Schritten von maximal 30 Therapieeinheiten. Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen Erfordernissen der Patientin/des Patienten. Es können bis zu 120 Stunden innerhalb eines Zeitrahmens von höchstens drei Jahren verordnet werden. Soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, kommt nach Ablauf von drei Jahren erneut die Gewährung von Soziotherapie in Betracht, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert dieselbe Krankheitsursache zugrunde liegt.

Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Diese kann in kleinere Zeiteinheiten aufgeteilt werden. Die Zeiteinheiten und der Zeitaufwand sind in der soziotherapeutischen Dokumentation zu vermerken.

Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. In besonderen Fällen kann Soziotherapie in Absprache mit der verordnenden Vertragstherapeutin/dem verordnenden Vertragstherapeuten und der Soziotherapeutin/dem Soziotherapeuten auch in einem gruppentherapeutischen Setting erbracht werden. Die Gruppengröße kann je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Patientinnen/Patienten umfassen. Die gruppentherapeutische Sitzung umfasst 90 Minuten. Dabei darf das maximale Gesamtkontingent von 120 Zeitstunden für Soziotherapie nicht überschritten werden.

Zusammenarbeit mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer

Die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut hat die Aufgabe, sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass die Patientin/der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Soziotherapie abzubrechen. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele. Dieses muss der Krankenkasse unverzüglich mitgeteilt werden. Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt die verordnende Psychotherapeutin/der verordnende Psychotherapeut mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und der Krankenkasse eng zusammen und

koordiniert die dafür erforderliche Zusammenarbeit.

Soziotherapeutischer Leistungserbringer, Psychotherapeutin/Psychotherapeut und Patientin/Patient stimmen sich in regelmäßigen Zeitabständen – mindestens jeden zweiten Monat – ab, obligat vor und nach den fünf Probestunden sowie vor jeder Folgeverordnung, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapieziele anzupassen (§ 8 Abs. 1 und 2).

Genehmigung durch die Krankenkasse

Die Verordnung von Soziotherapie bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dazu

ist der soziotherapeutische Betreuungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck erforderlich. Die fünf probatorischen Sitzungen bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Verordnung wird der Krankenkasse mit dem Betreuungsplan für die anschließende Soziotherapie vorgelegt.

Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragen. Falls erforderlich, ergänzt die Soziotherapeutin/der Soziotherapeut die Angaben zum Betreuungsplan gegenüber dem MDK. Werden verordnete Soziotherapieeinheiten nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, ist die verordnende Psychotherapeutin/der verordnende Psychotherapeut unverzüglich unter Angabe der Gründe über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am dritten – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Kosten für die Versicherten

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, mindestens 5,00 €, höchstens aber 10,00 € je Kalendertag. Es gelten die üblichen Regelungen zur Obergrenze der jährlichen Zuzahlung und der Befreiung von der Zuzahlung.

Vergütung der Verordnung von Soziotherapie

Die Verordnung von Soziotherapie wird seit April 2016 extrabudgetär und zu einem festen Preis vergütet (Einheitlicher Bewertungsmaßstab [EBM], Gebührenordnungsposi-

Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V 26

Diagnose: F20.0
Schweregrad: 40
Erfassung besteht seit: 2016

Art und Ausprägung der Fehleinstellungen:
Probleme in der Strukturierung des Alltags und der Bewältigung der Alltagsangelegenheiten
Antriebsstörung
Mangel an Verlässlichkeit bei der eigenständigen Wahrnehmung von Terminen

Angaben des Versicherten: [Name, Geburtsdatum, etc.]
Angaben des nächsten Angehörigen: [Name, Geburtsdatum, etc.]

Eigene Wohnung, alleinstehend

Angaben zum Betreuer: [Name, Adresse, etc.]

Voraussichtliche Anzahl der Therapiesitzungen:	120	Resttägliche Anzahl der Therapiesitzungen:	30
Voraussichtliche Dauer der Therapie:	3 Jahre	Bereits durchgeführte Leistungen:	5

Programme:
Durch soziotherapeutische Begleitung ist mittelfristig nachhaltige Behandlungcompliance und Alltagsverselbständigung erreichbar

Krankheitsübertragung: wird verhindert wird verhindert ist nicht möglich

Begründung:
Durch aufsuchende haltgewährende und klärende soziotherapeutische Begleitung

Außerlegung für die Krankenkasse

Abbildung 1. Muster 26
Verordnung der soziotherapeutischen Probestunden und Verordnung Soziotherapie

tionen [GOP] 30810 und 30811). Diese Regelung gilt zunächst für zwei Jahre.

Erstverordnung GOP 30810

Für die Verordnung der fünf Probestunden beziehungsweise die Erstverordnung von bis zu 30 Einheiten Soziotherapie wird die GOP 30810 abgerechnet. Sie ist mit 168 Punkten (ab 01.01.2018 17,90€) bewertet.

Folgeverordnung GOP 30811

Für alle weiteren Verordnungen von Soziotherapie von bis zu 30 Einheiten ist die GOP 30811 berechnungsfähig. Sie ist ebenfalls mit 168 Punkten (ab 01.01.2018 17,90€) bewertet.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Die verordnende Psychotherapeutin/der verordnende Psycho-

therapeut hat grundsätzlich das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten, das heißt, die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Im Einzelfall, wenn die Kasse begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der/des verordnenden Psychotherapeutin/Psychotherapeuten hat, kann von der Krankenkasse ein Prüfantrag gestellt werden.

Vorgehensweise bei der Verordnung von Soziotherapie

Vorbemerkung

In vielen Regionen gibt es aufgrund der restriktiven Zulassungsbedingungen der Krankenkassen und der niedrigen Vergütung sozio-

therapeutischer Leistungen keine Soziotherapeuten. Natürlich ist nur dann, wenn soziotherapeutische Leistungserbringer vor Ort zu Verfügung stehen, die Verordnung von Soziotherapie sinnvoll. Wie es in Ihrem Umfeld aussieht, können Sie bei den Krankenkassen Ihrer Region oder beim Berufsverband der Soziotherapeuten (<http://wp.soziotherapie.eu/>) erfragen.

Erste Voraussetzung für die Verordnung ist die Genehmigung dieser Befugnis durch die regionale Kassenärztliche Vereinigung. Ein Antragsformular für die Genehmigung kann über die KV (zumeist auf der Homepage zur Verfügung gestellt) bezogen werden. Nach Erteilung der Genehmigung durch die KV kann die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut bei den betreffenden Patienten Soziotherapie

Soziotherapeutischer Behandlungsplan
gem. § 37a SGB V
(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)

Therapeutische (Ziel- und Fermaße definieren)

Verbesserung der Compliance zur Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie
Entwicklung von Motivation und Interesse an der eigenständigen Alltagsbewältigung
Entwicklung von Motivation an alltagsstrukturierender Beschäftigung

Verfahren und ergänzende Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu kontrollieren ist

- ambulante Psychotherapie
- fachpsychiatrische Betreuung und Behandlung
- Tagesstätte ggf. WIB
-
-
-
-
-

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche/Monat	Dauerzeitraum
Begleitung z. amb. Psychotherapie	1*/Woche und b.B.	2 Jahre
Begleitung fachärztliche Betreuung	1*/Monat und b.B.	2 Jahre
Vorstellung Tagesstätte/WIB	bei Bedarf	
aufsuchende Soziotherapie	1*/Woche	2 Jahre

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Abbildung 2. Muster 27
Soziotherapeutischer Behandlungsplan

Verordnung Soziotherapie
gemäß § 37a SGB V

Diagnose ICD-10: **F20.0**
Schweregrad: **40**

Erkrankung besteht seit (Zahl bezeichnen): **11** Jahren

Art und Ausprägung der Funktionsstörungen:
Probleme in der Strukturierung des Alltags und der Bewältigung der Alltagsangelegenheiten
Antriebsstörung
Mangel an Verlässlichkeit bei der eigenständigen Wahrnehmung von Terminen

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Diagnosen:

Angaben des Versicherten: Name: **KL**, Geburtsdatum: **11.11.1971**

Angaben des nächster Angehörigen: Name: **KL**, Wohnort: **11111111**

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ja nein

Wenn ja, für welche Angelegenheiten? **KL**

Veranschaulichte Anzahl der Therapieeinheiten: **5** | Beiratete Anzahl der Therapieeinheiten: **5**

Veranschaulichte Dauer der Therapie: **11111111** | Bereits durchgeführte Leistungen:

Probatorische Stunden zur Klärung der Kooperations- und Therapiefähigkeit und zur Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplanes

Kostenübernahme: wird übernommen wird nicht übernommen ist nicht anwendbar

Begründung:

Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen

Abbildung 3. Muster 26
Verordnung der weiteren Therapieeinheiten

verordnen. Zunächst ist es sinnvoll, fünf („probatorische“) Stunden zu verordnen, in denen die Soziotherapeutin/der Soziotherapeut die Möglichkeit hat, die Kooperation mit dem Patienten/der Patientin zu erproben, die (Sozio-)Therapiefähigkeit festzustellen und den soziotherapeutischen Betreuungsplan zu erstellen. Diese fünf Stunden werden mit dem Muster 26 (siehe Abbildung 1, Seite 11) verordnet und müssen nicht vorab von der Krankenkasse genehmigt werden.

Stellt sich im Rahmen dieser fünf Sitzungen heraus, dass die Indikation für eine längerfristige soziotherapeutische Behandlung gegeben ist, kann die Soziotherapie verordnet werden und gemeinsam mit dem Patienten der soziotherapeutische Betreuungsplan erstellt werden. Hierzu verwenden Sie ebenfalls das Muster 26 (Abbildung 1, Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V) und das Muster 27 (Abbildung 2, Soziotherapeutischer Betreuungsplan gemäß § 37a SGB V).

Fallbeispiel zur Verordnung von Soziotherapie

Durch den sozialpsychiatrischen Dienst begleitet wird in der psychotherapeutischen Praxis ein 35-jähriger Patient mit der Diagnose Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie vorgestellt. Es stellt sich im Verlauf der durchgeführten Psychotherapeutischen Sprechstunde heraus, dass zwar durchaus eine Indikation zur ambulanten Psychotherapie gegeben ist, jedoch aufgrund der ausgeprägten Probleme des Patienten in seiner Alltagsbewältigung und der verlässlichen Wahrnehmung von Terminen ambulante Psychotherapie alleine nicht ausreichend und auch nicht möglich ist. Dem Patienten wird daher zusätzlich die Inanspruchnahme von Soziotherapie vorgeschlagen und zur Sicherung dieser Indikation werden zunächst fünf Stunden verordnet.

Da sich in den Probestunden die Indikation zur Soziotherapie bestätigt, entwirft der Soziotherapeut den soziotherapeutischen Betreuungsplan und bespricht diesen gemeinsam mit dem Patienten und dem Psychotherapeuten.

Vom Psychotherapeuten werden zunächst weitere 25 Stunden soziotherapeutische Leistungen verordnet.

Eingereicht werden bei der Krankenkasse Formular 26 (Abbildung 1, Verordnung der Probestunden), Formular 26 (Abbildung 3, Verordnung der weiteren soziotherapeutischen Therapieeinheiten) und Formular 27 (Abbildung 2, Soziotherapeutischer Betreuungsplan).

Lernen und Verstehen



Udo Boessmann, Arno Remmers

Praktischer Leitfaden der tiefenpsychologisch fundierten Richtlinien-therapie

Wissenschaftliche Grundlagen, Psychodynamische Grundbegriffe, Diagnostik und Therapietechniken

2., überarbeitete Auflage 2018, ca. 440 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-40-6, ca. 32,00 EUR

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

In der medizinischen Rehabilitation geht es darum, die Patientin/den Patienten wieder in die Lage zu versetzen, die Herausforderungen des Alltags eigenständig zu bewältigen. Dabei werden wichtige Kontextfaktoren wie die Familie, das Wohnumfeld der Patientin/des Patienten oder individuelle Bewältigungsstrategien berücksichtigt.

In der jetzt um die Fachgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erweiterten Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geht es dabei ausschließlich um die

Rehabilitationsmaßnahme, für die die Krankenkassen Kostenträger ist.

Darüber hinaus werden medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durch den Rentenversicherungsträger, die Unfallversicherung oder sonstige Kostenträger wie zum Beispiel Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, Bundesagentur für Arbeit finanziert. Diese sind von der am 09.06.2017 in Kraft getretenen Verordnungskompetenz durch Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht tangiert und nicht Inhalt dieser Richtlinie.

Zuständigkeit der Krankenversicherung

Zuständig für die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation sind die Krankenkassen, insbesondere bei Menschen nach dem erwerbsfähigen Alter. Altersrentner sollen unterstützt werden, so lange wie möglich in gewohnter Umgebung zu leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben. Darüber hinaus finanzieren die Krankenkassen Mütter/Väter-Kind Maßnahmen. Grundsätzlich besteht eine gleichrangige Zuständigkeit der Kranken- und Rentenversicherung für Kinder und Jugendliche.



Miki Kandale, Kai Rugenstein

Das Repetitorium

für die Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

3., überarbeitete Auflage 2017, 420 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-30-7, 44,00 EUR

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413
verlag@psychologenverlag.de

Unterschied zur Rentenversicherung

Die Rentenversicherung ist insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter der zuständige Rehabilitationsträger. Das Antrags- und Verordnungsverfahren unterscheidet sich dabei von dem der gesetzlichen Krankenversicherung und ist nicht Thema der neuen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Sofern die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers durch die Vertragspsychotherapeutin/den Vertragspsychotherapeuten nicht abschließend beurteilt werden kann oder eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse gewünscht wird, ist dies mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil A (Abbildung 1, Seite 17) der Krankenkasse mitzuteilen, um eine Klärung herbeizuführen. Die Krankenkasse informiert die Vertragspsychotherapeutin/den Vertragspsychotherapeuten durch Rücksendung des mit einem entsprechenden Vermerk versehenen Verordnungsformulars Muster 61 Teil A. Nach Eingang des vollständigen Verordnungsformulars Muster 61 Teile B (Abbildung 2, Seite 17), C und D (Abbildungen 3 und 4, Seite 18) prüft die Krankenkasse abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.

Wer darf verordnen?

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können eine medizinische Rehabilitation verordnen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie vorliegt

- gemäß der jeweils aktuell geltenden Psychotherapie-Richtlinie

oder

- gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung.

Über diese Indikationsbereiche hinaus kann eine/ein PP/KJP auch dann verordnen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2017 vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt erfolgt.

Spezielle Kenntnisse der ICF erforderlich

Für die Verordnung sind spezielle Kenntnisse in der Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erforderlich. Die ICF stellt das konzeptionelle Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dar. Mit ihrer Hilfe lassen sich die Krankheitsauswirkungen (z. B. Immobilität, eingeschränkte Selbstversorgung, soziale Abschottung) beschreiben. Zugleich können Wechselwirkungen beschrieben werden. Umwelt- und personenbezogene Faktoren können die Funktionsfähigkeit und damit die Teilhabe eines Menschen negativ (z. B. Geh-, Hör- oder Sehbehinderung, Tabakkonsum) sowie positiv (z. B. barrierefreie Wohnung, unterstützendes soziales und familiäres Umfeld oder erfolgreiche Krankheitsbewältigungsstrategien) beeinflussen.

Die Inhalte der ICF sind weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung bzw. Weiterbildungsordnungen und entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Gegenstand der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Zudem kann das Wissen bei Fortbildungsveranstaltungen der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft werden. Die KBV bietet eine zertifizierte Online-Fortbildung an, um die zu beachtenden Grundlagen und Besonderheiten näherzubringen. Das Angebot ist im Online-Fortbildungsportal im Sicheren Netz der KBV abrufbar (KV SafeNet, Login erforderlich).

Beratung vor Verordnung

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse verordnet. Dabei handelt es sich um eine durch die Krankenkasse genehmigungspflichtige Leistung.

§ 5 der Richtlinie sieht vor, dass der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Beratung der Patientin/des Patienten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation vorausgeht. Dabei wirken Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut, Krankenkasse und Versicherte zusammen. Es soll auf das Wunsch- und Wahlrecht der Patientin/des Patienten hingewiesen werden und die besonderen Erfordernisse von Menschen mit Behinderungen Berücksichtigung finden.

Die **Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut** berät insbesondere,

- warum ihrer/seiner Einschätzung nach die Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichen und
- über die Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Bei der Beratung sind personensorgeberechtigte Personen einzubeziehen und es soll auf die Mög-

lichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hingewiesen werden.

Die Krankenkasse berät insbesondere über

- Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie über alternative Leistungsangebote,
- den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger und
- die Notwendigkeit der Antragstellung.

Verordnung der medizinischen Rehabilitation

In Abhängigkeit des Beratungsergebnisses kann die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut die entsprechende Leistung auf dem Verordnungsmuster 61 Teile B bis D verordnen.

Dabei ist die Indikation anhand bestimmter Kriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden in der Richtlinie insbesondere darauf hingewiesen, dass auch vertragsärztliche Angaben in die Antragstellung einzubeziehen sind. Dabei sind ärztliche Befunde zu berücksichtigen, die darauf hinweisen, dass Leistungen der kurativen Versorgung nicht allein ausreichend sind. Es sind Angaben zu weiteren rehabilitationsrelevanten Diagnosen zu berücksichtigen, gegebenenfalls medizinisch festgestellte Risikofaktoren sowie Hinweise zu bisherigen ärztlichen Interventionen und anderen ärztlich veranlassten Leistungen einschließlich Arzneimitteltherapie heranzuziehen. Die auf Fremdbefunden beruhenden

Angaben werden im Verordnungsmuster 61 entsprechend transparent gekennzeichnet.

Voraussetzungen der Verordnung

Die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut klärt vor Verordnung einer medizinischen Rehabilitation insbesondere

- die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- die Rehabilitationsfähigkeit und
- eine positive Rehabilitationsprognose auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele.

1. Rehabilitationsbedürftigkeit

„Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körper-



GEMEINSAM ERREICHEN WIR MEHR. DENN
ZUM WOHL UND ZUR LANGFRISTIGEN STABILISIERUNG
UNSERER PATIENTINNEN UND
PATIENTEN ARBEITEN WIR MIT IHNEN HAND IN HAND.

Erfahren Sie mehr über unsere private Akutklinik, unser differenziertes Vorgehen, das umfassende Behandlungskonzept und unser multiprofessionelles Team.

Wir freuen uns über Ihren Besuch, eine E-Mail oder Ihren Anruf:

TELEFON: +49 6129 4883-491

*www.parkklinik-schlangenbad.de/partner
partner@parkklinik-schlangenbad.de*



PARK KLINIK
Wiesbaden | Schlangenbad

Private Akutklinik für psychische und psychosomatische Gesundheit



lichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.“

„Inhaltlich sind im Verordnungsformular Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen:

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen,
- welche umwelt- und personenbezogenen Faktoren, einschließlich mütter- und väter-

spezifischer Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V (Mutter/Vater-Kind-Maßnahme) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,

- welche medizinischen Risikofaktoren bestehen.“ (§ 8 der Richtlinie)

2. Rehabilitationsfähigkeit

Einzuschätzen ist darüber hinaus die Rehabilitationsfähigkeit der Patientin/des Patienten. Dazu muss die somatische und psychische Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit besitzen. (§ 9 der Richtlinie)

3. Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziele

„Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ...“.

Auf „Basis der bestehenden Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren, insbesondere der Motivation der oder des Versicherten zur Rehabilitation, oder der Möglichkeit der Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren“ wird die „Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels oder festgelegter Rehabilitationsziele durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation“ im „notwendigen Zeitraum“ eingeschätzt.

Im Muster 61 sind „insbesondere die alltagsrelevanten Rehabilitationsziele in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu benennen. Weichen die Ziele der Patientin/des Patienten oder Angehöriger von denen“

der verordnenden Vertragstherapeutin/des verordnenden Vertragstherapeuten ab, sind diese getrennt darzustellen. (§ 10 der Richtlinie)

Leistungsentscheidung der Krankenkasse

Die Krankenkasse entscheidet unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der Patientin/des Patienten über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Patientin/der Patient sowie die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut erhalten eine Mitteilung über die Entscheidung und gegebenenfalls Abweichungen von der Verordnung.

Zusammenarbeit Rehabilitationseinrichtung, Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut und Krankenkassen

Die ambulante bzw. stationäre Rehabilitationseinrichtung stellt zu Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten einen Rehabilitationsplan auf. Bei ambulanter Rehabilitation erhält die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut diesen auf Anfrage.

Nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhält die Vertragspsychotherapeutin/der Vertragspsychotherapeut einen aussagefähigen Entlassungsbericht mit den rehabilitationsrelevanten Diagnosen, den individuell vereinbarten Rehabilitationszielen, dem Rehabilitationsverlauf unter Angabe der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und dem erreichten Rehabilitationserfolg bezogen auf die individuellen Rehabilitationsziele.

Dazu enthält der Abschlussbericht Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen, über bereits eingelei-



Gebhard Hentschel

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Stellvertretender Bundesvorsitzender der DPTV, Mitglied der KBV-Vertreterversammlung, altermierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV.



Michael Ruh

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Frankenberg/Eder. Stellv. Bundesvorsitzender der DPTV und Mitglied im Landesvorstand Hessen der DPTV. Mitglied der KBV-Vertreterversammlung und Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen und Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie der KV Hessen.

tete Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z.B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationssport und Funktionstraining, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Arzneimittelversorgung, psychotherapeutische Leistungen) und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld bzw. zur psychosozialen Betreuung. Die Rehabilitationseinrichtung übermittelt der/dem Versicherten auf Wunsch den Entlassungsbericht, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen.

Zur Sicherung des Rehabilitationserfolges wirken Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut und Krankenkasse gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur

Sicherung des Rehabilitationserfolges (z.B. Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umgesetzt werden.

Zuzahlung durch die Patientin/den Patienten

Für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zahlen Erwachsene 10,00 € pro Kalendertag an die Einrichtung. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind zuzahlungsbefreit. Generell gilt: Zuzahlungen sind nur bis zur finanziellen Belastungsgrenze zu leisten. Das sind 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen; bei chronisch Kranken 1 %.

Was kann abgerechnet werden?

Das Ausstellen der Verordnung auf dem Formular 61 Teil B bis D ist mit der Gebührenordnungsposition 01611 EBM berechnungsfähig: 302 Pkt. Die Leistung wird mit 32,18 € vergütet.

Fallbeispiele

1. Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

55-jähriger Patient befindet sich seit einem Jahr in ambulanter Psychotherapie. Aufgrund einer vorangegangenen schweren depressiven Episode mit Auslösern am damaligen Arbeitsplatz liegt eine von der Rentenversicherung festgestellte volle Erwerbsunfähigkeit vor. Der

61 Teil A
Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Wann ist ein Arzt zur Zuzahlung der Rehabilitation berechtigt?
Ein Arzt ist zur Zuzahlung der Rehabilitation berechtigt, wenn er eine ärztliche Rehabilitation als notwendig und zweckmäßig feststellt und die entsprechende Rehabilitation im Rahmen der letzten 12 Jahre in der Regelstellung des Versicherten durchgeführt hat. Die Rehabilitation muss im Rahmen der letzten 12 Jahre in der Regelstellung des Versicherten durchgeführt worden sein. Die Rehabilitation muss im Rahmen der letzten 12 Jahre in der Regelstellung des Versicherten durchgeführt worden sein.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnose	Diagnosekategorie ICD-10/GM	Seit	Ursache
1. rezidivierend depressive Episode, mittelgradig	F33.1		
2. Panikstörung	F41.0		

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung des Versicherten: Sie darf Teil A an die Krankenkasse übermitteln, Teil B ist bei A nicht einzureichen.

Prüfung der zuständigen Rehabilitationsträger: Sie darf Teil A an die Krankenkasse übermitteln, Teil B ist bei A nicht einzureichen.

III. Als Original zurück an den Vertragsarzt

Krankenkasse übermitteln (Teil B ist bei A einzureichen)

Nachvollziehbarkeit (siehe Teil B)

Sonstiges

Abbildung 1. Muster 61 Teil A

61 Teil B
Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weiter um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbstätigkeit trotz um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufsunfähigkeit

Die gleichzeitige Zuzahlung ist & nicht-berufliche, vorübergehende Rehabilitation der Arbeitskraft

Versichert/er wünscht eine medizinische Rehabilitation im Rahmen der GVV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnose	Diagnosekategorie ICD-10/GM	Seit	Ursache
1. rezidivierende depressive Episode, schwer	F33.2		

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Darz. Angaben zur Art, Ausmaß und Verlauf der Erkrankung

Erneute depressive Episode nach Erstauftreten vor zwei Jahren, aktuell ausgelöst durch den Tod der Ehefrau und der vorausgegangenen Betreuung dieser während deren Krebserkrankung.

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (inklusive Untersuchungsberichte / aktuelle Assessmentberichte, z. B. Berufsunfähigkeits-Bericht)

Ausgeprägte Antriebsminderung und deutlicher sozialer Rückzug

C. Bisherige ärztliche/psychosoziale Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Ambulante Verhaltenstherapie seit 2 Jahren, hausärztlichseits verordnet als Antidepressivum (Amitriptylin)

D. Heilend in den letzten 6 Monaten durch andere Maßnahmen erlangt

Heilend in den letzten 6 Monaten durch andere Maßnahmen erlangt

E. Rehabilitationsrelevante Merkmale

ja ja, weicht

F. Andere Maßnahmen z. B. Berufliche, Familienleistungen, Rehabilitation/Funktionstraining, Wohnberatung mit Beratung und Unterstützung

Zuzahlung für die Krankenkasse

Abbildung 2. Muster 61 Teil B

Patient bezieht daher seit eineinhalb Jahren eine auf zunächst zwei Jahre befristete Erwerbsunfähigkeitsrente. Nach zunächst positiver Entwicklung des Therapieverlaufs hat die Vorstellung und Erwartung des Patienten, demnächst wieder an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren, bei diesem rezidivierende Panikattacken und eine erneute depressive Phase ausgelöst, die in der ambulanten Psychotherapie nicht mehr bearbeitet werden können. Eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation ist daher notwendig. Aufgrund der aktuellen sozialrechtlichen Situation wird die Krankenkasse beauftragt, den Kostenträger für diese Maßnahme festzulegen (siehe hierzu Abbildung 1).

2. Verordnung medizinischer Rehabilitation beim Bezug von Altersrente

68-jähriger Mann, Altersrentner, ist seit zwei Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Anlass war die damalige Krebserkrankung seiner Ehefrau, in deren Verlauf er selbst eine depressive Episode entwickelt hatte. Der Patient konnte sich durch die ambulante Psychotherapie stabilisieren. Seit dem Tod der Ehefrau vor drei Monaten leidet er wieder verstärkt unter depressiver Symptomatik und reagiert mit sozialem Rückzug und Einschränkung des Antriebs und der Aktivität. Er verlässt nur noch selten das Haus und hat seine sozialen Kontakte erheblich einge-


schränkt. Die Alltagsbewältigung gelingt ihm gerade so. Zu Hause erinnert ihn alles an seine verstorbene Ehefrau. In den psychotherapeutischen Sitzungen stellt sich heraus, dass die ambulante Psychotherapie in der aktuellen Situation nicht mehr ausreichend ist. Daher wird eine psychosomatisch-psychotherapeutische stationäre Rehabilitationsmaßnahme verordnet (siehe hierzu Abbildungen 2, 3, 4). Das aktuelle Umfeld des Patienten ist zu pathogen, als dass weitere ambulante Maßnahmen ausreichen würden. 

Abbildung 3. Muster 61 Teil C

Abbildung 4. Muster 61 Teil D