

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Verordnungen

Juli 2017

Neu: Psychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlung und Krankenförderung verordnen

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden als „Vertragspsychotherapeuten“ zusammengefasst) dürfen seit Juni 2017 Krankenhausbehandlungen und Krankenförderungen verordnen. Damit erhalten sie mehr Entscheidungsspielraum bei der Versorgung ihrer Patienten.

Darüber hinaus sollen sie künftig auch Soziotherapie und bestimmte Reha-Leistungen verordnen dürfen. Hier verhandeln KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss noch über eine Vergütungsregelung für Vertragspsychotherapeuten, denn auch bei Vertragsärzten wird das Ausstellen dieser Verordnungen gesondert honoriert.

Auf den folgenden Seiten finden Vertragspsychotherapeuten Informationen zur Verordnung von Krankenhausbehandlung und Krankenförderung. Da die Verordnung dieser beiden Leistungen ein Novum für sie ist, stellen wir zunächst wichtige Regeln und Grundlagen vor.

WICHTIGE REGELN UND GRUNDLAGEN

Für Vertragspsychotherapeuten gelten dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte:

- **Formulare:** Vertragspsychotherapeuten nutzen die gleichen Verordnungsformulare wie Vertragsärzte. Die Vordrucke sind in der Regel über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung erhältlich.

Sollen die Formulare elektronisch am Praxisrechner ausgefüllt werden, müssen sie in der Software hinterlegt sein. Bei Fragen zur Software stehen die jeweiligen PVS-Anbieter zur Verfügung.

- **Wirtschaftlichkeitsgebot:** Verordnungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot; sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das notwendige Maß nicht überschreiten.
- **Genehmigung:** Der Patient soll die Verordnung von Krankenhausbehandlung seiner Krankenkasse vorlegen. Auch eine Krankenförderung zur ambulanten Behandlung unterliegt grundsätzlich der Genehmigungspflicht; Fahrten zu einer stationären Behandlung dagegen nicht.
- **Eigenanteil des Patienten:** Wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung müssen sich Patienten bei Krankenhausbehandlung und Krankenförderung an den Gesamtkosten beteiligen. Bei Krankenhausbehandlung sind es 10 Euro pro Kalendertag für maximal 28

Soziotherapie und Reha später: hier wird noch über Vergütung verhandelt

Grundlagen der Verordnung



Thema: Verordnungen

Tage im Kalenderjahr, bei Krankenförderung 10 Prozent der Fahrtkosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro – unabhängig von der Fahrzeugart.

VERORDNUNG VON KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Vertragspsychotherapeuten können Krankenhausbehandlung verordnen, wenn ein Patient aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen stationär behandelt werden muss.

Generell gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär. Das bedeutet, dass Vertragsärzte und auch Vertragspsychotherapeuten vor einer Einweisung ins Krankenhaus alle ambulanten Behandlungsalternativen in Erwägung ziehen müssen. Sie müssen sich somit über sämtliche Angebote informieren. Dies ist in der Krankenseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses so festgelegt.

Indikationen und Abstimmungspflicht

Vertragspsychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlungen

- bei Indikationen nach Paragraf 26 der Psychotherapie-Richtlinie, zum Beispiel depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen, sowie
- bei Indikationen der neuropsychologischen Therapie, zum Beispiel organisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile (asthenische) Störung, verordnen.

In diesen Fällen ist keine gesonderte Abstimmung mit dem behandelnden Arzt notwendig.

Für alle übrigen Indikationen in Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM muss sich der Vertragspsychotherapeut mit dem behandelnden Arzt abstimmen. Dazu gehört zum Beispiel Demenz.

Verordnungsformular

Die Verordnung erfolgt auf dem Formular 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ (nicht: PTV 2). Psychotherapeuten dokumentieren hierauf die Diagnose, die die stationäre Behandlung begründet, sowie gegebenenfalls weitere Diagnosen. Zudem sind in geeigneten Fällen die beiden nächstreichbaren geeigneten Krankenhäuser anzugeben.

Seite 1 (2a) des Formulars erhält der Patient zur Vorlage bei seiner Krankenkasse. Auf Seite 2 (2b) sind die Untersuchungsergebnisse und bisher erfolgte Behandlungsmaßnahmen für den Krankenhausarzt anzugeben, soweit diese vorliegen.

Gültigkeit der Verordnung

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

Krankenhaus-
behandlung
verordnen

Grundsatz
beachten:
ambulant vor
stationär

Indikationen

Abstimmung mit
dem Arzt

Abbildung: Vorderseite Muster 2 „Verordnung von Krankenhausbehandlung“

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Diagnose

Belegarztbehandlung Notfall

Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Rückseite beachten! Muster 2a (10.2014)

Verordnung auf
Formular 2:
Abbildung der
Vorderseite

VERORDNUNG VON KRANKENBEFÖRDERUNG

Eine Krankenbeförderung muss im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung zwingend notwendig sein, damit sie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden darf.

Fahrten 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, zum Beispiel mit seinem Pkw oder einem öffentlichen Verkehrsmittel.

Eine Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten ist bei einer stationären Behandlung nicht erforderlich.

Fahrten zur ambulanten Behandlung

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

Darüber hinaus können die 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.

Kranken-
beförderung
verordnen

Thema: Verordnungen

Patienten müssen sich die verordneten Fahrten zur ambulanten Behandlung von ihrer Krankenkasse grundsätzlich immer genehmigen lassen, damit die Kosten übernommen werden.

Beförderungsmittel

Welches Beförderungsmittel verordnet wird, richtet sich unter anderem nach der medizinischen Notwendigkeit für den Patienten. 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.

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.

Verordnungsformular

Die Verordnung erfolgt auf dem vertragsärztlichen Formular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“ (nicht: PTV 4). Hierauf sind der Grund für die Fahrt, das Beförderungsmittel und der Weg anzugeben.

Abbildung: Vorderseite Muster 4 „Verordnung einer Krankenförderung“

Verordnung einer Krankenförderung 4

Mitteilung von Krankheiten und dritterursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) vergleichbarer Ausnahmefall wegen

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

2. Beförderungsmittel Taxi, Mietwagen Krankentransportwagen Rettungswagen Notarztwagen andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein Tragestuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl liegend andere

Von Nach

Wohnung Arztpraxis Krankenhaus andere Beförderungsmittel

Hinfahrt Rückfahrt nein ja, folgende:

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

Wartezeit (Dauer):
Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (10.2014)

Verordnung auf Formular 4: Abbildung der Vorderseite



Rechtliche Grundlagen

Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): www.g-ba.de/informationen/richtlinien/16/

Krankentransport-Richtlinie des G-BA: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/25/

KBV-Themenseite Verordnungen: www.kbv.de/962253

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: www.kbv.de/PraxisNachrichten

Rechtliche
Grundlagen