



VERORDNUNGEN IN PSYCHOTHERAPIEPRAXEN

HINWEISE ZUR DIGITALEN VERORDNUNG
UND WEITERE WICHTIGE INFORMATIONEN

AKTUA-
LISIERTE
AUSGABE
2026

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

viele gesetzliche Leistungen dürfen von Ihnen verordnet werden: psychiatrische häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie, medizinische Rehabilitation, Krankenhausbehandlung, Krankentransport sowie digitale Gesundheitsanwendungen. Um Psychotherapiepraxen bei der Verordnung zu unterstützen, hat die KBV bereits 2018 dieses Serviceheft erstellt und es nun aktualisiert.

Anlass sind einige Neuerungen im Verordnungsbereich. So wird jetzt auch die elektronische Verordnung berücksichtigt. Diese soll perspektivisch die papiergebundene Verordnung ablösen. Los geht es zunächst mit dem Leistungsbereich der digitalen Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA.

Dieses Serviceheft soll Sie im Praxisalltag unterstützen. Es bietet einen Überblick darüber, was Psychotherapiepraxen verordnen dürfen und wie dies erfolgt. Sie erhalten außerdem praxisnahe Tipps und weiterführende Informationen.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

Mehr Behandlungsspielraum	Seite 3
Regeln und Grundlagen für die Verordnung	Seite 4
Fokus: Telematikinfrastruktur – Voraussetzung für die elektronische Verordnung	Seite 6
Richtig verordnen	Seite 8
› Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA	Seite 9
› Ergotherapie	Seite 11
› Psychiatrische häusliche Krankenpflege	Seite 13
› Soziotherapie	Seite 15
› Medizinische Rehabilitation	Seite 18
› Krankenhausbehandlung	Seite 20
› Krankentransport	Seite 22
Auf einen Blick: Diese Formulare verwenden Psychotherapeuten	Seite 23

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

MEHR BEHANDLUNGS- SPIELRAUM



In den vergangenen Jahren hat sich der Behandlungsspielraum für Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erweitert.

So dürfen sie seit 2018 Soziotherapie, medizinische Rehabilitation, Krankenhausbehandlung und Krankenförderung veranlassen, sofern bestimmte psychische Erkrankungen oder Störungen vorliegen. Außerdem darf eine psychiatrische häusliche Krankenpflege, eine spezielle Form der häuslichen Krankenpflege, veranlasst werden. Die Verordnung von Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen sowie bei bestimmten Erkrankungen des zentralen Nervensystems und Entwicklungsstörungen ist ebenfalls möglich.

Auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) zählen zu den verordnungsfähigen Leistungen in Psychotherapiepraxen. Neu ist hier, dass seit Januar 2026 neben der papiergebundenen Verordnung auch eine elektronische Verordnung erfolgen kann.

BEI BESTIMMTEN INDIKATIONEN

Bei welchen Indikationen verordnet werden darf, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien fest. Demnach ist beispielsweise 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 Krankenhauseinweisungen.

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 Soziotherapie erforderlich sein. Während früher nur Ärzte diese Leistung verordnen durften, können Psychotherapeuten dies mittlerweile selbst übernehmen. Für Patienten, die sich in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden, hat diese Regelung ebenfalls Vorteile, denn es erspart ihnen „Umwege“. Früher mussten sie immer erst einen Vertragsarzt aufsuchen, um beispielsweise Leistungen zur psychotherapeutischen Reha oder eine Krankenhauseinweisung zu erhalten.

Bei Verordnungsleistungen gelten für Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte. Aber es gibt auch einige Besonderheiten zu beachten.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Vertragspsychotherapeuten bestimmte Leistungen verordnen können. Der G-BA hat daraufhin zunächst seine Richtlinien zur Verordnung von Soziotherapie, medizinischer Rehabilitation, Krankenhausbehandlung und Krankenförderung angepasst. Später wurden auch die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln (Ergotherapie) und häuslicher Krankenpflege entsprechend erweitert. Für die DiGA-Verordnung gibt es keine Richtlinie des G-BA, maßgeblich ist hier Paragraph 33a SGB V.



VORTEILE

**Mehr Entscheidungsspielraum
bei der Behandlung**

**Zusätzliche
Steuerungsmöglichkeiten
bei der Versorgung**

**Zeitersparnis für Patienten,
da „Verordnungsumwege“
wegfallen**

REGELN UND GRUNDLAGEN FÜR DIE VERORDNUNG



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.

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:

Heilmittel-Richtlinie (Ergotherapie)

Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (psychiatrische häusliche Krankenpflege)

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.

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 psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, 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.

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.



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



EIGENANTEIL DES PATIENTEN

In vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung müssen sich Patienten mit einem festgelegten Prozentsatz an den Gesamtkosten beteiligen. Dies betrifft auch diese sieben Leistungsbereiche:

Ergotherapie: 10 Prozent der Kosten, 10 Euro pro Verordnung

Psychiatrische häusliche Krankenpflege, Soziotherapie: 10 Prozent pro Kalendertag, an dem die Leistung stattfindet, mindestens 5 Euro, 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

Digitale Gesundheitsanwendungen: keine gesetzliche Zuzahlungspflicht

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.

AUF EINEN BLICK

DAS WICHTIGSTE ZU DEN SIEBEN LEISTUNGEN

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN – DiGA

- › kann vom behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten verordnet werden oder Versicherte stellen einen Antrag direkt bei ihrer Krankenkasse
 - › keine Zuzahlungspflicht für Versicherte
- Verordnung elektronisch oder auf Formular 16 (Seite 9)

ERGOTHERAPIE

- › damit Patienten Handlungsfähigkeit (wieder)erlangen
 - › nur bei psychischen Erkrankungen
 - › in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten
- Verordnung auf Formular 13 (Seite 11)

PSYCHIATRISCHE HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

- › damit Patienten mit praktischer Anleitung und Training durch die Pflegekraft die Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des Alltags verringern
 - › nur bei schweren psychischen Erkrankungen
 - › in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten
- Verordnung auf Formular 12 (Seite 13)

SOZIOtherAPIE

- › damit Patienten ambulante Therapiemöglichkeiten in Anspruch nehmen, um Krankenhausbehandlung zu vermeiden
 - › nur bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen
 - › in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten
- Verordnung auf Formular 26 /
extrabudgetäre Vergütung (Seite 15)

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 18)

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 20)

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 22)

TELEMATIKINFRASTRUKTUR: VORAUSSETZUNG FÜR DIE ELEKTRONISCHE VERORDNUNG IN DER PRAXIS

Während Arztpraxen bereits seit 2024 elektronisch verordnen, müssen sich Psychotherapiepraxen erst damit vertraut machen. Seit Januar 2026 ist die elektronische Verordnung bei den digitalen Gesundheitsanwendungen freiwillig möglich. Eine Grundvoraussetzung für die elektronische Verordnung ist die Anbindung der Praxis an die Telematikinfrastruktur (TI). Nachfolgend mehr zur benötigten Hard- und Software sowie Hinweise zur Finanzierung.

HARD- UND SOFTWARE

DIESE KOMPONENTEN BENÖTIGEN PSYCHOTHERAPIEPRAXEN FÜR DIE TI-ANBINDUNG UND DIES IST DABEI ZU BEACHTEN:

› Elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePTA):

Er ist maximal fünf Jahre gültig. Es ist vom Anbieter abhängig, ob der Psychotherapeut automatisch einen neuen Ausweis erhält oder neu bestellen muss. Angaben zur Laufzeit des eigenen ePTA sind in den Unterlagen enthalten, die bei der Auslieferung des ePTA ausgehändigt wurden. Von der Bestellung bis zur Auslieferung eines neuen ePTA können mehrere Wochen vergehen.

› **Konnektor:** Dieses Gerät hat eine fest verbaute Karte (gSMC-K). Der Chip darauf hat ein Zertifikat. Läuft dieses aus, benötigen Praxen einen neuen Konnektor.

› **TI-Gateway:** Alternativ können sich Praxen über ein TI-Gateway ohne eigenen Konnektor in der Praxis an die TI anschließen.

› **eHealth-Kartenterminal:** In diesem Gerät steckt eine Sicherheitsmodulkarte (gSMC-KT). Sie ist nicht fest verbaut, sondern kann ähnlich einer SIM-Karte im Mobiltelefon selbst getauscht werden. Die gSMC-KT erhalten Praxen über ihren IT-Anbieter.

› **Praxisausweis (SMC-B):** Er hat eine Laufzeit von fünf Jahren. Das Ablaufdatum ist oft aufgedruckt auf der Karte. Grundsätzlich informieren die Kartenanbieter ihre Kunden mit hinreichend Vorlaufzeit (meist mehrere Monate) über den Ablauf der Gültigkeit der Karten. Bei einer Neubestellung des Praxisausweises ist genügend Vorlauf einzuplanen.

› **Virtueller Praxisausweis (SMB):** Es ist in diesem Fall keine physische Karte mehr notwendig, um sich an die TI anzuschließen. Der virtuelle Praxisausweis wird dabei angebunden am TI-Gateway im Rechenzentrum gespeichert.

➤ Auf Seite 9/10 lesen Sie, wie die elektronische Verordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung konkret erfolgt.



WICHTIG FÜR DIE IT-SICHERHEIT: UPDATES ZEITNAH EINSPIELEN

Die hohe Sicherheitsstufe der TI erfordert neben speziellen Komponenten auch regelmäßige Anpassungen und Aktualisierungen. So werden die Chips in den TI-Komponenten mit Zertifikaten abgesichert, die eine Laufzeit von fünf Jahren haben. Hinzu kommen Verschlüsselungsverfahren, die von der gematik sowie der Bundesnetzagentur und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) festgelegt und regelmäßig an die Gefahrenlage angepasst werden.

Meist reichen Software-Updates aus, mitunter ist auch ein Austausch einzelner Hardware-Komponenten notwendig. Das Praxisverwaltungssystem (PVS) zeigt in der Regel an, wenn Updates verfügbar sind oder wann Zertifikate ablaufen. Praxen sollten diese Updates zeitnah einspielen und die Laufzeit ihrer Komponenten im Blick behalten.

FINANZIERUNG

MONATLICHE PAUSCHALE FÜR PRAXEN

Praxen erhalten eine monatliche Pauschale, um die Installation und den Betrieb der TI zu finanzieren. Jeweils zum 1. Januar eines Jahres erhöht sich die monatliche TI-Pauschale entsprechend der Veränderung des Punktwertes des Orientierungswertes.



➔ Alles Wichtige finden Praxen auf der Themenseite zur Telematikinfrastruktur und ihrer Finanzierung:
www.kbv.de/praxis/digitalisierung/telematikinfrastruktur

GESETZLICHE VERPFLICHTUNG ZUR TI-ANBINDUNG

Die TI im Gesundheitswesen wird hauptsächlich durch das SGB V geregelt, insbesondere Paragraph 306, der die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und anderen Akteuren beschreibt. Durch das E-Health-Gesetz (2015) und das Digitale-Versorgung-Gesetz (2020) erfolgten Regelungen zum TI-Aufbau und zur Einführung spezifischer Anwendungen, beispielsweise der elektronischen Patientenakte (ePA). Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (2021) verpflichtet alle Leistungserbringer zur Nutzung der TI. Somit sind alle Psychotherapiepraxen gesetzlich zur TI-Anbindung verpflichtet.



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.

.....
DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN – DiGA
.....

ERGOTHERAPIE
.....

PSYCHIATRISCHE HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE
.....

SOZIOThERAPIE
.....

MEDIZINISCHE REHABILITATION
.....

KRANKENHAUSBEHANDLUNG
.....

KRANKENBEFÖRDERUNG
.....

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN – DiGA

Depressive Episoden, Panikattacken, Angststörungen: In solchen und weiteren Fällen können digitale Gesundheitsanwendungen zum Einsatz kommen. Versicherte können solche sogenannten DiGA per Smartphone, Tablet, am PC oder Laptop nutzen. Es handelt sich um Medizinprodukte niedriger und höherer Risikoklassen, die dazu bestimmt sind, Krankheiten zu erkennen, zu überwachen, zu behandeln oder zu lindern. Auch bei Verletzungen oder einer Behinderung ist ein Einsatz möglich. Jede Vertragspsychotherapiepraxis darf DiGA verordnen, eine spezielle Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist hierfür nicht erforderlich.



➤ DiGA-VERZEICHNIS

Die Krankenkassen übernehmen die DiGA-Kosten nur, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die DiGA in puncto Benutzerfreundlichkeit, Datenschutz und Versorgungseffekt geprüft und in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen hat.

Aufnahme: Kann eine DiGA direkt einen positiven Versorgungseffekt nachweisen, wird die DiGA dauerhaft im Verzeichnis gelistet. Anderenfalls wird sie zunächst vorläufig für 12, längstens aber 24 Monate, in das Verzeichnis aufgenommen. Kann der Hersteller in dieser Zeit einen positiven Versorgungseffekt nachweisen, wird die DiGA anschließend dauerhaft gelistet.

Produktinfo: Zu jeder DiGA enthält das Verzeichnis verordnungsrelevante Informationen. Die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) sind verpflichtet, diese in aktueller Form und vollständig abzubilden. Deshalb müssen die Hersteller ihre Verordnungssoftware von der KBV zertifizieren lassen.

Technik zur Nutzung der DiGA: Die im Einzelfall zur Versorgung erforderliche technische Ausstattung, etwa eine Virtual-Reality-Brille oder Bewegungssensoren, stellt der DiGA-Hersteller zur Verfügung. Dies erfolgt in der Regel leihweise an den Versicherten.

➤ VERORDNUNG ODER ANTRAG

Versicherte haben grundsätzlich zwei Möglichkeiten, eine DiGA aus dem Verzeichnis auf Kassenkosten zu erhalten:

Verordnung nach psychotherapeutischer Entscheidung: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können eine DiGA-Verordnung ausstellen, wenn sie medizinisch geboten ist. Diese DiGA-Verordnung kann von der Praxis entweder papiergebunden ausgestellt werden oder elektronisch über das Praxisverwaltungssystem. Mehr dazu auf Seite 10.

Antrag bei der Krankenkasse: Alternativ können Versicherte direkt bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf die Versorgung mit einer DiGA stellen. Die Kosten werden übernommen, wenn der Nachweis einer psychotherapeutisch bestätigten medizinischen Indikation vorgelegt wird.

➤ ELEKTRONISCHE VERORDNUNG ODER FORMULAR 16

Bisher war die Verordnung nur auf dem Formular 16 möglich. Die Verordnung kann ab Januar 2026 freiwillig auch elektronisch erfolgen. Praxen nutzen dazu ihr Praxisverwaltungssystem und ihre Anbindung an die Telematikinfrastruktur (Mehr dazu im Fokus auf Seite 6).

Das ist bei der Verordnung anzugeben:

- › reguläre Daten des Personalienfeldes wie Versichertenname und Krankenkasse
- › Pharmazentralnummer (PZN)
- › Bezeichnung der DiGA

Hinweis: Zur Einlösung einer elektronischen Verordnung sollten Praxen ihren Patienten immer den Patientenausdruck mitgeben, es sei denn, der Patient nutzt die E-Rezept-App seiner Krankenkasse oder der gematik. Bei technischen Störungen, beispielsweise einem temporären TI-Ausfall, ist eine Verordnung auf dem papiergebundenen Formular 16 möglich.

NÄHERES ZUR DiGA-VERORDNUNG

SO WIRD VERORDNET:

DiGA-BEZEICHNUNG UND PHARMAZENTRALNUMMER (PZN)

- › Im DiGA-Verzeichnis stehen zu jeder DiGA unter „Informationen für Fachkreise“ im Menüpunkt „Verordnung“ eine Bezeichnung und eine PZN. Beide sind auf der Verordnung anzugeben.
- › Sind für eine DiGA unterschiedliche Anwendungsdauern hinterlegt, ist jeweils eine eigene PZN zugeordnet.

DAUER UND MENGE

- › Für jede DiGA ist eine bestimmte, vom Hersteller vorgegebene Anwendungsdauer festgelegt. Diese Informationen können im DiGA-Verzeichnis unter „Informationen für Fachkreise“ eingesehen werden. Eine Angabe auf der Verordnung ist nicht erforderlich.
- › Eine Folgeverordnung für die gleiche DiGA kann ausgestellt werden, wenn sie aus psychotherapeutischer Sicht indiziert ist.
- › Es können gegebenenfalls mehrere unterschiedliche DiGA für unterschiedliche Indikationen parallel verordnet werden.
- › Je Verordnung darf nur eine DiGA verordnet werden.

SO GEHT ES NACH DER VERORDNUNG WEITER:

- › Mit der Verordnung wenden sich Versicherte an ihre Krankenkasse.
- › **Wichtig:** Um die Einlösung der elektronischen DiGA-Verordnung sicherzustellen, ist den Versicherten ein Patientenausdruck der DiGA-Verordnung mitzugeben. Darauf kann verzichtet werden, wenn Patienten die E-Rezept-App der gematik oder die ihrer Krankenkasse verwenden und die elektronische Verordnung mit dieser einlösen möchten.
- › Danach laden sich Versicherte die DiGA im jeweiligen App-Store herunter oder rufen die jeweilige Webanwendung auf. Dort geben sie den Freischalt-Code ein oder scannen den QR-Code bei einer webbasierten Anwendung.
- › Die Kosten für die DiGA werden von der Krankenkasse direkt mit dem Hersteller abgerechnet.
- › Eine gesetzliche Zuzahlungspflicht für Versicherte besteht nicht.

GENERELLE HINWEISE

KOOPERATIONSVERBOT

Laut Gesetz sind Kooperationen mit Herstellern untersagt, in denen eine Zuweisung oder Übermittlung von DiGA-Verordnungen vereinbart wurde. Von dem Verbot erfasst sind auch Kooperationen mit Vermittlungsdiensten, die eine DiGA-Verordnung in einer Videosprechstunde vermitteln.

WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT

Wie bei allen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch bei der DiGA-Verordnung auf die Wirtschaftlichkeit zu achten. Demnach muss die verordnete Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

ZERTIFIZIERTE SOFTWARE

Praxen, die DiGA mit ihrem PVS verordnen, müssen dafür zertifizierte Software verwenden. Dies gilt sowohl für die Bedruckung des Formulars 16 als auch für die Ausstellung einer elektronischen Verordnung am Praxiscomputer.

➔ ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Die Erstverordnung einer DiGA ist Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie weiterer Leistungen im EBM. Für bestimmte DiGA hat das BfArM ärztliche oder psychotherapeutische Tätigkeiten festgelegt – zum Beispiel Verlaufskontrolle, Auswertung oder Individualisierung von Inhalten. Hierfür gibt es eine zusätzliche Vergütung. Deren Höhe wird für jede Anwendung, die dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurde, neu festgelegt. Für DiGA in Erprobung gibt es hingegen eine einheitliche Pauschale.



➔ Das aktuelle DiGA-Verzeichnis:
diga.bfarm.de/de

➔ Die aktuelle Bewertung der Leistungen im Online-EBM:
ebm.kbv.de

➔ Näheres zur Abrechnung und Vergütung auf der Themenseite der KBV:
www.kbv.de/praxis/verordnungen/diga

ERGOTHERAPIE

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Maßnahmen der Ergotherapie bedienen sich komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren. Eine ergotherapeutische Maßnahme, die laut Heilmittel-Richtlinie des G-BA zum Beispiel bei depressiven Störungen oder einem Abhängigkeitssyndrom verordnet werden darf, ist eine psychisch-funktionelle Behandlung. Welche Techniken, Übungen oder Trainingsmethoden im Einzelfall konkret angewendet werden, entscheidet der Ergotherapeut auf Basis der Verordnung.



Ergotherapie gehört zu den Heilmitteln. Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können Ergotherapie verordnen – allerdings nur bei psychischen Erkrankungen sowie bei bestimmten Erkrankungen des zentralen Nervensystems und Entwicklungsstörungen.

➤ INDIKATIONSSPEKTRUM FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

Vertragspsychotherapeuten dürfen Ergotherapie verordnen bei:

Erkrankung aus dem Indikationsspektrum der Richtlinien-Psychotherapie, zum Beispiel bei Angststörungen.

Erkrankung, bei der eine neuropsychologische Therapie angewendet werden kann, zum Beispiel bei Vorliegen von Folgen eines Schlaganfalls oder eines Schädel-Hirn-Traumas in Form von Schädigungen mentaler Funktionen.

allen anderen Diagnosen des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10. Aber der behandelnde Arzt muss informiert werden und die Verordnung ist bei Bedarf mit ihm abzustimmen.

Die Regelungen zur Verordnung von Ergotherapie sind in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA definiert. Die Diagnosen, verordnungsfähigen Heilmittel und die möglichen Verordnungsmengen stehen im Heilmittelkatalog, einem Teil dieser Richtlinie.

➤ DIAGNOSEGRUPPEN UND VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

Wichtig für Vertragspsychotherapeuten sind die Diagnosegruppen für psychische Störungen (PS) sowie für Erkrankungen des zentralen Nervensystems und Entwicklungsstörungen (EN). Dabei spiegeln die Gruppen PS1 bis PS3 die Indikationen nach der Psychotherapie-Richtlinie wieder, bei den Gruppen PS4 und EN1 sind es die Indikationen der neuropsychologischen Therapie.

Die Behandlung kann dabei als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden. Ausnahme ist eine neuropsychologisch orientierte Behandlung, die ausschließlich als Einzeltherapie verordnet werden kann.

➤ WAS VERBIRGT SICH HINTER DEN GENANNTEN HEILMITTELN?

Psychisch-funktionelle Behandlung: Hier werden krankheitsbedingte Schädigungen mentaler Funktionen behandelt – zum Beispiel in Form von kognitiven Trainingsprogrammen oder verhaltenstherapeutischen Techniken.

Motorisch-funktionelle Behandlung: Es handelt sich um eine gezielte Therapie krankheitsbedingter Schädigung der motorischen Funktionen (mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems).

Hirnleistungstraining oder neuropsychologisch orientierte Behandlung: Auch hier werden krankheitsbedingte Schädigungen mentaler Funktionen behandelt – zum Beispiel in Form von Hirnleistungstraining mit Bezug auf die Biografie.

Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Hier werden krankheitsbedingte Schädigungen der sensomotorischen oder perzeptiven Funktionen behandelt – zum Beispiel in Form von Selbsthilfetraining oder Achtsamkeitstraining.

ERGOTHERAPIE: DIAGNOSEGRUPPEN UND VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

DIAGNOSEGRUPPE PS1

Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend, zum Beispiel:

- › ADS/ADHS
- › Frühkindlicher Autismus
- › Störung des Sozialverhaltens
- › Essstörung (z. B. Anorexie, Bulimie)
- › Emotionale Störung im Kindesalter

VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Psychisch-funktionelle Behandlung
- › Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung
- › Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

DIAGNOSEGRUPPE PS2

Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen, zum Beispiel:

- › Angststörungen
- › Zwangsstörungen
- › Essstörungen
- › Borderline-Störung

VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Psychisch-funktionelle Behandlung

DIAGNOSEGRUPPE PS3

Wahnhaft und affektive Störungen/ Abhängigkeitserkrankungen Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen, zum Beispiel:

- › Schizophrenes Residuum
- › Sonstige Schizophrenie

Affektive Störungen, zum Beispiel:

- › Depressive Störungen

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, zum Beispiel:

- › Abhängigkeitssyndrom

VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Psychisch-funktionelle Behandlung
- › Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

DIAGNOSEGRUPPE PS4

Dementielle Syndrome, zum Beispiel:

- › Morbus Alzheimer, insbesondere im Stadium der leichten Demenz

VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

DIAGNOSEGRUPPE EN1

Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Gehirn)/Entwicklungsstörungen, zum Beispiel:

- › Zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie, Tumor
- › Schädel-Hirn-Trauma
- › Morbus Parkinson

RELEVANTE VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
- › Motorisch-funktionelle Behandlung
- › Psychisch-funktionelle Behandlung
- › Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

Formular 13

➔ FORMULAR 13

Zur Verordnung nutzen Vertragspsychotherapeuten das Formular 13 für Heilmittel. Auf dem Formular ist „Ergotherapie“ anzukreuzen. Anschließend sind die behandlungsrelevanten Diagnosen als ICD-10-Code anzugeben sowie das Heilmittel und die Dauer und Häufigkeit der Behandlung zu bestimmen.



➔ Heilmittel-Richtlinie:
www.g-ba.de/richtlinien/12

➔ KBV-Praxisinformation – Psychotherapeuten können Ergotherapie verordnen:
www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-psychotherapeuten-ergotherapie.pdf



➔ PraxisWissen-Themenheft „Heilmittel“ mit Hinweisen zur Ergotherapie:
www.kbv.de/infothek/publikationen/praxiswissen

➔ KBV-Themenseite Heilmittel:
www.kbv.de/praxis/verordnungen/heilmittel

PSYCHIATRISCHE HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Häusliche Krankenpflege sorgt dafür, dass Patienten sich wieder allein zuhause versorgen können und nicht im Krankenhaus behandelt werden müssen. Liegezeiten werden vermieden oder verkürzt. Eine besondere Form ist die psychiatrische häusliche Krankenpflege, abgekürzt pHKP. Sie richtet sich an schwer psychisch erkrankte Patienten. Ziel ist es, dass diese Patienten in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können und nicht ins Krankenhaus müssen. In der pHKP geht es vor allem darum, mit praktischer Anleitung und Training durch die Pflegekraft die Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des Alltags zu verringern. Konkrete Verhaltensänderungen werden eingeübt.



Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können pHKP verordnen und ihre Leistung über den EBM abrechnen.

➤ DIAGNOSEN UND GAF-WERT

Die Diagnosen, bei denen pHKP verordnungsfähig ist, sind unter Nummer 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt. Es handelt sich um Diagnosen wie Demenzen, Schizophrenie, Depressionen, bipolare Störungen oder Angst- oder Zwangsstörungen. Zudem besteht für alle ICD-10-GM-Diagnosen aus dem Indikationsbereich F00 bis F99 eine Verordnungsmöglichkeit, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Dazu gehört ein bestimmter GAF-Wert. Eine komplette Liste stellt die KBV auf einer Themenseite im Internet bereit (siehe Info Seite 14).

➤ GAF-SKALA

GAF-Skala steht für Global Assessment of Functioning Scale. Sie bildet das Ausmaß der Fähigkeitsstörungen des Patienten ab. Der GAF-Wert muss auf der Verordnung angegeben werden. Voraussetzung für die Verordnung von pHKP bei den Regeldiagnosen ist ein GAF-Wert kleiner gleich 50. Bei allen anderen Diagnosen aus dem F00 bis F99 muss ein GAF-Wert kleiner gleich 40 vorliegen.

Die erheblichen Fähigkeitsstörungen, die bei Patienten neben der Diagnose vorliegen müssen, müssen sich in mindestens einem der folgenden Bereiche zeigen:

Störungen des Antriebs, der Ausdauer, Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung, der Einschränkung des planerischen Denkens und des Realitätsbezugs

Einbußen bei der Kontaktfähigkeit, der kognitiven Fähigkeiten (zum Beispiel Konzentration, Merkfähigkeit), dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik oder dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.

Eine weitere Voraussetzung für die Verordnung von pHKP ist die ausreichende Behandlungsfähigkeit des Patienten. Er muss beispielsweise in der Lage sein, sich an Absprachen zu halten. Es muss zu erwarten sein, dass die mit der Behandlung verfolgten Therapieziele erreichbar sind.

Hinweis: Die GAF-Skala und der GAF-Wert spielen auch bei der Verordnung von Soziotherapie eine Rolle (siehe Seite 13).

➤ FORMULAR 12 UND BEHANDLUNGSPLAN

Verordnet wird auf Formular 12 („Verordnung häuslicher Krankenpflege“). Hier müssen die verordnungsrelevanten Diagnosen (siehe unten) angegeben werden. Die Leistung ist im Bereich Behandlungspflege mit der Nummer 27a oder als „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“ anzugeben.

Der Verordnung ist ein Behandlungsplan beizufügen. Dieser Plan muss folgendes enthalten:

- › Indikation
- › Fähigkeitsstörungen
- › Ziel der Behandlung
- › Behandlungsmaßnahmen, Dauer und Frequenz

Die Dauer einer Verordnung hängt vom individuellen Bedarf ab. Die Verordnung von pHKP für einen Zeitraum von bis zu vier Monaten bedarf keiner gesonderten Begründung. Bei längerer Dauer müssen die Notwendigkeit und die zu erwartende Verbesserung des Zustands des Patienten begründet werden.

PSYCHOTHERAPIE KANN PARALLEL STATTFINDEN

Eine Psychotherapie kann parallel zur pHKP stattfinden. Zwischen Psychotherapeut und Pflegekraft sollte eine enge Zusammenarbeit stattfinden. Der Schwerpunkt der Psychotherapie liegt auf der Behandlung der psychischen Erkrankung an sich, während pHKP bei der konkreten Alltagsbewältigung unterstützen soll.

SOZIOtherapie KANN PARALLEL VERORDNET WERDEN

Auch eine Soziotherapie und pHKP dürfen gleichzeitig verordnet werden, wenn sich die Leistungen ergänzen und sich inhaltlich unterscheiden. Sowohl im soziotherapeutischen Behandlungsplan als auch im Behandlungsplan der pHKP muss die gleichzeitige Verordnung begründet werden. Mehr zur Soziotherapie auf Seite 15.



➤ ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

GOP 01422

Für die Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege können Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Gebührenordnungsposition (GOP) 01422 berechnen. Dies ist einmal im Behandlungsfall möglich.

Bewertung: 149 Punkte
(entspricht aktuell rund 18,98 Euro)

GOP 01424

Für die Folgeverordnung kann die GOP 01424 abgerechnet werden. Dies ist höchstens zweimal im Behandlungsfall möglich.

Bewertung: 154 Punkte
(entspricht aktuell rund 19,62 Euro)



➤ Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
www.g-ba.de/richtlinien/11

➤ KBV-Themenseite (psychiatrische) häusliche Krankenpflege:
www.kbv.de/praxis/verordnungen/haeusliche-krankenpflege

➤ KBV-PraxisWissen: Themenheft „Häusliche Krankenpflege“ mit Hinweisen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege:
www.kbv.de/infothek/publikationen/praxiswissen

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.



Früher konnte Soziotherapie nur von bestimmten Fachärzten verordnet werden, zum Beispiel einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen (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 Fachkrankenpfleger 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 Verbünde 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.

Formular 26

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

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 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 rund 21,40 Euro (Stand: Anfang 2026).

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/richtlinien/24

➤ KBV-Themenseite Soziotherapie:
www.kbv.de/praxis/verordnungen/soziotherapie

➤ Die KBV bietet das PraxisWissen-Themenheft „Soziotherapie“ mit Hinweisen speziell zur Verordnung von Soziotherapie und Praxisbeispielen. Das Heft kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden:
www.kbv.de/infothek/publikationen/praxiswissen



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 27 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

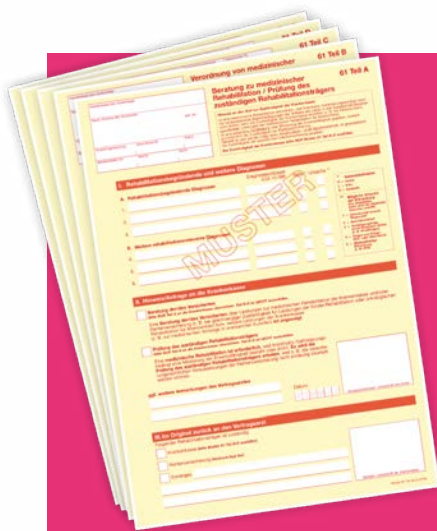
Zum Ausfüllen des Formulars zur Verordnung von medizinischer beziehungsweise psychotherapeutischer Rehabilitation

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 Verordnungsformular 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 16

SPEZIELLE KENNTNISSE DER ICF

Für das Ausfüllen der Formularseiten B–E 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 abrufbar: www.kbv.de/praxis/tools-und-services/fortbildungsportal

➤ 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–E

Ist die Krankenkasse zuständig, wird Formular 61 Teil B–E verwendet. Auf den vier 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
- Einwilligungserklärungen der Versicherten

➤ 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 eine Vergütung. Hierfür kann die Gebührenordnungsposition 01611 im EBM abgerechnet werden. Sie ist mit 315 Punkten bewertet, das sind 40,13 Euro (Stand: Anfang 2026); die Vergütung erfolgt extrabudgetär zu festen Preisen.



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

➤ KBV-Themenseite Rehabilitation: www.kbv.de/praxis/verordnungen/rehabilitation

➤ Die KBV bietet ein Themenheft mit Hinweisen zur Reha-Verordnung und Praxisbeispielen. Das Heft „Medizinische Rehabilitation“ kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden: www.kbv.de/infothek/publikationen/praxiswissen



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.

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.

➤ INDIKATIONEN UND ABSTIMMUNGSPFLICHT

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

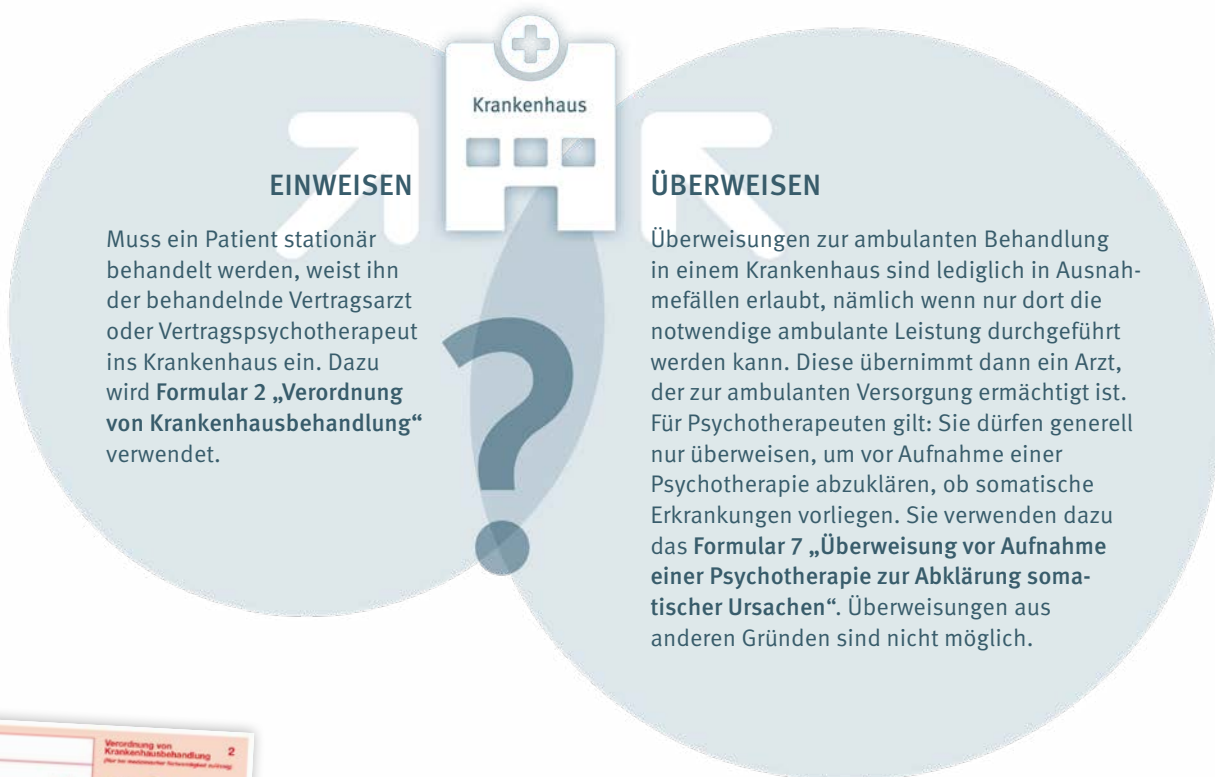
Indikationen nach Paragraph 27 der Psychotherapie-Richtlinie, zum Beispiel depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen.

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/praxis/verordnungen/krankenhauseinweisung



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.



➤ Krankenhauseinweisungs-Richtlinie:
www.g-ba.de/richtlinien/16

➤ KBV-Themenseite Krankenhauseinweisung:
www.kbv.de/praxis/verordnungen/krankenhauseinweisung

DAS GEHÖRT ZUR KRANKENHAUSBEBANDLUNG

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 Krankenförderung 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 Krankenförderung 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.

Sie können für Patienten verordnet werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ 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. Eine Genehmigung der Krankenkassen für Krankenfahrten mit dem Taxi oder Mietwagen benötigen diese Patienten nicht.

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 in der Regel 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 verweisen einen Patienten zur Klärung seiner An- und Abreise direkt an seine zuständige Krankenkasse.

Formular 4

➤ 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.



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

➤ KBV-Themenseite Krankentransport:
www.kbv.de/praxis/verordnungen/krankentransport



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 12 Verordnung häuslicher Krankenpflege (für pHKP)

Formular 13 Verordnung von Heilmitteln (für Ergotherapie)

Formular 16 Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (oder "DiGA")

Formular 26 Verordnung Soziotherapie

Formular 27 Soziotherapeutischer Betreuungsplan

Formular 61 Verordnung von medizinischer Rehabilitation



➤ Übersicht aller Formulare für die Psychotherapie:
www.kbv.de/psychotherapie

➤ „Service für die Praxis“ – Informationen sowie Praxistipps zu den folgenden Themenbereichen:
Verordnungen: www.kbv.de/praxis/verordnungen
Formulare: www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag

Ausfüllhilfen – Formulare in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/psychotherapie/ptv-ausfuellhilfen.pdf

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

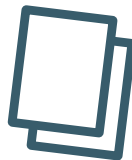
www.kbv.de



➤ PraxisWissen ➤ PraxisWissenSpezial

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar und kostenfrei
bestellbar unter:
www.kbv.de/838223



➤ 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: Bereich Interne Kommunikation im
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation

Fachliche Betreuung: Abteilung Veranlasste Leistungen

Gestaltung: büro lüdke

Fotos: © Adobe Stock: brizmaker (S. 5), contrastwerkstatt (S. 12), Dan Race (S. 11), DragonImages (S. 1), Minerva Studio (S. 16), miss irine (S. 23), Nikon Z (S. 9), picsfive (S. 13), Photographee.eu (S. 3), Vadim Guzhva (S. 8); © Fotolia: Photographee.eu (S. 19), Rafal Olechowski (S. 17), zinkevych (S. 18); © iStock: alvarez (S. 20), Halfpoint (S. 14), Katarzyna Bialasiewicz (S. 22), sturti (S. 14); © Shotshop: imagepointfr (S. 15); Susanne Grosse / KBV (S. 7)

Stand: Mai 2026

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde zum Teil nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

Die Informationen in dieser Broschüre sind ein Serviceangebot, die KBV erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.