

Begutachtungsanleitung
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V

Ambulante Sozialtherapie



IMPRESSUM

Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen (die Aufgabe nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der bis zum 31.12.2019 gültigen Fassung wird entsprechend § 411 Absatz 2 Satz 1 SGB V bis zum 31.12.2021 weiterhin durch den GKV-Spitzenverband wahrgenommen). Die Begutachtungsanleitung ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand: 14.08.2018, aktualisiert am 15.10.2020 und am 16.08.2021

Zur besseren Lesbarkeit wird im Text auf die gleichzeitige Nennung weiblicher und männlicher Wortformen verzichtet. Genannt wird nur die weibliche Form, angesprochen sind grundsätzlich beide Geschlechter.

Herausgeber

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: <http://www.mds-ev.de>

Vorwort

Das Angebot der ambulanten Psychotherapie wurde am 1. Januar 2000 als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert. Mit diesem Angebot sollte die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen verbessert werden. Ziele der ambulanten Psychotherapie sind die selbstständige Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch die Versicherten sowie Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung.

Die Umsetzung der ambulanten Psychotherapie gestaltete sich zunächst schwierig, so dass im Jahr 2007 eine Evaluation der Gründe für die Umsetzungsproblematik durch den Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wurde. Ein Ergebnis dieser Evaluation war, dass ambulante Psychotherapie die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen zwar verbessert, aber die Indikationen der Psychotherapie-Richtlinie nicht alle Menschen mit schweren psychischen Störungen, für die diese Leistung sinnvoll sei, erfasst.

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Evaluation wurde die Psychotherapie-Richtlinie neu gefasst. Hauptsächlich wurde das Spektrum der Diagnosen, bei denen ambulante Psychotherapie verordnet werden kann, erweitert und präzisiert.

Ausgeweitet wurde auch das Verordnungsrecht von ambulanter Psychotherapie. Aufgrund des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) können seit Juni 2017 auch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ambulante Psychotherapie verordnen.

Die vorliegende Begutachtungsanleitung gewährleistet eine bundesweit einheitliche Begutachtung von Anträgen auf Leistungen der ambulanten Psychotherapie. Sie dient als Grundlage für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen.

Allen, die an der Erarbeitung der Begutachtungsanleitung mitgewirkt haben, gilt unser herzlicher Dank.

Berlin und Essen, Juli 2018

Dr. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer MDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/ -Begutachtung	6
2.1 Rechtliche Grundlagen	6
2.1.1 Gesetzliche Grundlagen zur Begutachtung von Anträgen auf ambulante Psychotherapie	6
2.1.2 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	7
2.1.3 Rechtsprechung zur ambulanten Psychotherapie	9
2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass	10
2.2.1 Indikationsstellung	10
2.2.2 Weitere Behandlungsformen für Versicherte mit psychischen Störungen	11
2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	13
2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte	13
3 Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK	20
3.1 Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse	20
3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK	21
4 Gutachten	22
4.1 Gutachten nach Aktenlage	22
4.2 Gutachten durch persönliche Befunderhebung	22
5 Vorgehen bei Widersprüchen	22
6 Ergebnismitteilung	23
7 Anlagen	24

1 Einleitung

Die vorliegende Begutachtungsanleitung (BGA, Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V) dient als verbindliche Grundlage für die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und soll eine einheitliche Begutachtung sicherstellen sowie die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten regeln.

Der Gesetzgeber hat die ambulante Psychotherapie (§ 37a SGB V) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung der ambulanten Versorgung schwer psychisch Kranker eingeführt.

Die Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen der ambulanten Psychotherapie sind in der jeweils aktualisierten Fassung der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 92 SGB V (Anlage 1, S. 24 ff.) beschrieben.

Die Überarbeitung der Begutachtungsanleitung Ambulante Psychotherapie wurde notwendig, um den zwischenzeitlichen Änderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.03.2017, in Kraft getreten am 08.06.2017, Rechnung zu tragen.

Zur Erarbeitung dieser BGA wurden folgende Informationsquellen herangezogen:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie/ST-RL) in Kraft getreten am 08.06.2017.

Rechtsprechung vom 20.04.2010 (AZ B 1/3 KR21/98 R) und vom 30.04.2009 (AZ S 18 KR 662/06).

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/ -Begutachtung

2.1 Rechtliche Grundlagen

2.1.1 Gesetzliche Grundlagen zur Begutachtung von Anträgen auf ambulante Psychotherapie

Die gesetzliche Vorschrift zur Leistungsinanspruchnahme ambulanter Psychotherapie ist der § 37a SGB V. Hier sind die Voraussetzungen festgelegt, unter denen ein Anspruch auf ambulante Psychotherapie besteht. Näheres ist in der jeweils aktuellen Fassung der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Psychotherapie-Richtlinie, ST-RL) geregelt.

Die gesetzliche Vorschrift zur Leistungserbringung ist § 132b SGB V. Hierin ist geregelt, dass Krankenkassen oder deren Landesverbände mit geeigneten Personen und Institutionen Verträge über die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie schließen können.

Für die Begutachtung von Anträgen auf ambulante Psychotherapie sind darüber hinaus die gleichen rechtlichen Vorgaben des SGB V zu beachten, wie sie allgemein für die Prüfung des Leistungsanspruchs einer Versicherten durch den MDK maßgeblich sind:

- § 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung
- § 2 SGB V Leistungen
- § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot
- § 27 SGB V Krankenbehandlung
- § 70 SGB V Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit
- § 73 SGB V Vertragsärztliche Versorgung
- § 92 SGB V Richtlinien der Bundesausschüsse
- § 107 SGB V Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen
- § 135a SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung
- § 275 SGB V Begutachtung und Beratung
- § 276 SGB V Zusammenarbeit
- § 277 SGB V Mitteilungspflichten
- Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten §§ 630a BGB ff (Patientenrechtegesetz)

Außerdem müssen in Abgrenzung zu ambulanter Psychotherapie folgende rechtliche Vorgaben beachtet werden:

- § 32 SGB V Heilmittel
- § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege
- § 39 SGB V Krankenhausbehandlung
- § 40 SGB V Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- § 115d SGB V stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
- § 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen
- Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V

2.1.2 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

In der Psychotherapie-Richtlinie (Anlage 1, S. 24 ff.) wird ambulante Psychotherapie hinsichtlich der Grundlagen und Ziele, der Indikationen und Therapiefähigkeit, des Leistungsinhalts, der Verordnung und des Leistungsumfangs, der Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle der ambulanten Psychotherapie, der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus und den psychotherapeutischen Leistungserbringern sowie der Genehmigung von ambulanter Psychotherapie umfassend definiert.

Darüber hinaus ist in der ST-RL festgelegt, bei welchen psychischen Erkrankungen ambulante Psychotherapie erforderlich ist und welche Anforderungen an die Therapiefähigkeit der Versicherten gestellt werden, damit die Therapieziele erreicht werden können.

Die ST-RL gilt auch für Ärztinnen/Psychologische Psychotherapeutinnen im Krankenhaus und in Rehabilitationseinrichtungen, welche ambulante Psychotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach Entlassung verordnen können.

Eine Verordnung von ambulanter Psychotherapie kommt für Versicherte in Betracht, bei denen eine schwere psychische Störung zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) geführt hat und die deswegen nicht in der Lage sind, ärztliche/psychotherapeutische Leistungen oder ärztlich/psychotherapeutisch verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen.

Ambulante Psychotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden, verkürzt oder ersetzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Ambulante Psychotherapie kommt auch in Betracht, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat.

Bei der Verkürzung stationärer Behandlung kommt dem Krankenhaus eine wichtige Rolle zu. Informiert ein Krankenhaus die Vertragsärztin/Vertragspsychotherapeutin über die Möglichkeit, eine Versicherte vorzeitig zu entlassen, hat die Vertragsärztin/Vertragspsychotherapeutin ggf. unter Hinzuziehung einer psychotherapeutischen Leistungserbringern zu prüfen, ob die Voraussetzungen der ambulanten Psychotherapie erfüllt sind.

Ambulante Soziotherapie ist eine koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke. Die Koordination umfasst die Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringerinnen ärztlich/psychotherapeutisch verordneter Leistungen und die terminliche Abstimmung aller Behandlungsmaßnahmen sowie ggf. die Begleitung der Versicherten zu einzelnen Leistungserbringerinnen. Die ambulante Soziotherapie findet hauptsächlich im häuslichen und sozialen Umfeld der Versicherten statt. Die soziotherapeutische Leistungserbringerin analysiert die häusliche und soziale Situation, wobei sie Familienangehörige und Freundinnen/Bekannte mit einbeziehen kann. Um die Therapieziele zu erreichen, kann es sinnvoll sein, die Versicherte an komplementäre Dienste heranzuführen. Dieses Heranzuführen geschieht im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes oder vergleichbarer Strukturen mit dem Ziel, die Versicherte zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer und ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Maßnahmen zu motivieren und zu befähigen.

Darüber hinaus soll durch ambulante Soziotherapie den Betroffenen eine bessere Krankheitswahrnehmung und -einsicht ermöglicht werden, so dass ärztliche/psychotherapeutische Leistungen oder ärztlich/psychotherapeutisch verordnete Leistungen (wieder) in Anspruch genommen werden können.

Durch ambulante Soziotherapie sollen darüber hinaus die Eigeninitiative, die soziale Kontaktfähigkeit und die soziale Kompetenz der Versicherten gefördert werden.

Vor Beginn einer ambulanten Soziotherapie wird zwischen Ärztin/Psychologischer Psychotherapeutin, soziotherapeutischer Leistungserbringerin und Versicherter der soziotherapeutische Betreuungsplan abgestimmt, in dem Therapieziele und Maßnahmen zu deren Erreichung festgehalten werden. Die soziotherapeutische Leistungserbringerin koordiniert die im soziotherapeutischen Betreuungsplan festgelegten erforderlichen soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen durch aktive Hilfe und Anleitung zur Selbsthilfe. Ziel ist dabei immer, dass die Versicherte befähigt wird, alle erforderlichen verordneten Maßnahmen selbständig und eigenverantwortlich in Anspruch zu nehmen. Für dieses Ziel kann unterstützend auch die Familie, Freundinnen und/oder der Bekanntenkreis der Versicherten herangezogen werden.

Konkret bedeutet dies, dass die soziotherapeutische Leistungserbringerin in Abhängigkeit von den spezifischen Bedürfnissen der Versicherten beispielsweise Übungen zur Verbesserung der Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchführt. Darüber hinaus können Übungen zur besseren Tagesstrukturierung, Hilfestellungen zur Lösung von Konflikten, Übungen zur Vermeidung von Konflikten, Übungen zur Verhaltensänderung, Anleitung zur besseren Krankheitswahrnehmung (z. B. Erkennen von Frühwarnzeichen, Vermeidung von Stressoren) zur Anwendung kommen. Auch Hilfe in Krisensituationen (z. B. Umgang mit häuslichen und sozialen Problemen zur Vermeidung einer Verschlimmerung) gehört zum Leistungsinhalt von ambulanter Soziotherapie.

Fortlaufend werden in der soziotherapeutischen Dokumentation Ort, Dauer und Inhalt der durchgeführten Maßnahmen sowie die Entwicklung der Versicherten festgehalten. Die Leistungserbringerin berichtet der verordnenden Ärztin/Psychologischen Psychotherapeutin über den Stand der Behandlung, bei gravierender Befundänderung umgehend. Die soziotherapeutische Dokumentation ist für die Qualitätssicherung unerlässlich. Sie sollte zur Begutachtung einer Folgeverordnung grundsätzlich dem MDK vorgelegt werden. Wenn im Rahmen einer Folgeverordnung von ambulanter Soziotherapie eine MDK-Begutachtung erfolgen soll, sollten die Kostenträger die soziotherapeutische Leistungserbringerin auffordern, umgehend die soziotherapeutische Dokumentation dem zuständigen MDK zuzusenden.

Bezüglich des Leistungsumfanges regelt die Psychotherapie-Richtlinie, dass bis zu 120 Zeitstunden je Krankheitsfall in einem Zeitraum von höchstens drei Jahren erbracht werden können. Eine Psychotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Eine Verordnung kann maximal für 30 Therapieeinheiten erfolgen. Ambulante Psychotherapie kann bei Bedarf auch in kürzere Therapieeinheiten aufgeteilt werden, dies ist entsprechend zu dokumentieren. Die Richtlinie regelt weiter, dass ambulante Psychotherapie im Regelfall als Einzelmaßnahme erbracht wird, aber in begründeten Fällen auch in der Gruppe mit maximal zwölf Teilnehmerinnen stattfinden kann. Die Begründung und die diesbezügliche Absprache mit der verordnenden Ärztin/Psychologischen Psychotherapeutin sind in der psychotherapeutischen Dokumentation festzuhalten. Eine psychotherapeutische Einheit in der Gruppe umfasst 90 Minuten - das Gesamtkontingent von 120 Stunden darf auch bei einer Gruppenbehandlung nicht überschritten werden.

Vor der ersten Verordnung können bis zu fünf Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit und zur Erstellung des psychotherapeutischen Behandlungsplans nach § 5 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie durch die dort genannten Berufsgruppen verordnet werden. Dies ist maximal zweimal im Jahr möglich. Daneben sind Probestunden nach § 4 Abs. 4 bis 6 der Psychotherapie-Richtlinie zur Prüfung der Indikation von nicht explizit in § 4 Abs. 2 bis 3 genannten Ärztinnen einmal verordnungsfähig. Die in der Richtlinie genannten Probestunden bedürfen jeweils nicht der Genehmigung durch die Krankenkasse. Bei Probeverordnungen genügt auch der Verdacht auf Vorliegen einer psychischen Störung nach § 2 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie.

Für die Begutachtung ist zu berücksichtigen, dass die verordnende Vertragsärztin/Vertragspsychotherapeutin sich über den Erfolg der verordneten ambulanten Psychotherapie zu vergewissern hat. Die ambulante Psychotherapie muss beendet werden, wenn

- sich herausstellt, dass die Therapieziele nicht erreicht werden können oder
- die Therapieziele vorzeitig erreicht werden.

In beiden Fällen ist der Krankenkasse das Therapieende durch die Vertragsärztin/Vertragspsychotherapeutin unverzüglich unter Angabe von Gründen mitzuteilen.

Die Definition der ambulanten Psychotherapie orientiert sich an den Anforderungen der o. g. gesetzlichen Bestimmungen und grenzt sich dadurch zu ähnlichen Begrifflichkeiten und deren Inhalt in sozialwissenschaftlichen und medizinisch-psychiatrischen Bereichen ab.

Ambulante Psychotherapie ist nicht Sozialtherapie (Arbeitstherapie, Milieuthérapie, Sozialarbeit). Sie dient nicht dazu, sozialtherapeutische Maßnahmen (z. B. Teestube, Berufsberatung, Kinobesuch, Begleitung zum Stadtbummel etc.) durchzuführen.

2.1.3 Rechtsprechung zur ambulanten Psychotherapie

Die Recherche in der Datenbank dejure am 08.08.2016 sowie am 01.11.2017 ergab, dass bezüglich der ambulanten Psychotherapie ein Gerichtsurteil des Bundessozialgerichtes zum Leistungsumfang der ambulanten Psychotherapie und ein Urteil des Sozialgerichtes Dresden zur Indikation von ambulanter Psychotherapie existieren.

Urteil des Bundessozialgerichtes

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 20.04.2010 (AZ B 1/3 KR 21/08 R). Hier hatte das BSG das Urteil des Landessozialgerichtes Baden-Württemberg vom 16.09.2008 bestätigt (AZ L 11 KR 1171/08).

Im vorliegenden Fall ging es um die Leistungsgewährung von ambulanter Sozialtherapie über einen Zeitraum von drei Jahren hinaus. Das BSG stellte klar, dass Versicherte zwar innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall höchstens 120 Stunden ambulante Sozialtherapie in Anspruch nehmen dürfen, dass sie aber bei einer über drei Jahre hinaus andauernden psychischen Störung erneut ambulante Sozialtherapie in Anspruch nehmen können, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Die gesetzliche Beschränkung auf einen Zeitraum von drei Jahren je Krankheitsfall bedeute, dass anschließend ein neuer Dreijahreszeitraum beginne, in dem auch bei andauernder Erkrankung erneut ambulante Sozialtherapie gewährt werden dürfe.

Urteil des Sozialgerichtes

In diesem Urteil des Sozialgerichtes (SG) Dresden vom 30.04.2009 (AZ S 18 KR 662/06) wurde klargestellt, dass eine Befähigung zur Alltagsbewältigung und zur sozialen Eingliederung nicht Gegenstand der ambulanten Sozialtherapie ist. Im vorliegenden Fall wurde ambulante Sozialtherapie beantragt, weil ein Versicherter die mit dem Umzug in eine Außenwohngruppe einhergehende Verringerung des Betreuungsschlüssels mit ambulanter Sozialtherapie zu kompensieren versuchte.

Das SG führte in seinem Urteil aus, dass ambulante Sozialtherapie im Sinne des § 37a SGB V keine Krankenbehandlung sei. Ambulante Sozialtherapie sei eine die ambulante Krankenbehandlung flankierende Leistung, die Versicherte erst in die Lage versetzen soll, die ärztlichen/psychotherapeutischen oder ärztlich/psychotherapeutisch verordneten Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie diene nicht dem Ausgleich von Betreuungsdefiziten im Rahmen der Eingliederungshilfeleistungen. Sie sei abzugrenzen gegenüber psychosozialen Hilfen einschließlich des Trainings lebenspraktischer Fähigkeiten, der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege sowie Verhaltenstherapie im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

Auch wenn ambulante Sozialtherapie im Einzelfall Elemente der oben genannten Versorgungsformen beinhalten könne, sei sie nur dann indiziert, wenn psychisch Kranke, die ohne vorübergehende Unterstützung zur selbständigen Wahrnehmung der ambulanten Krankenbehandlung nicht in der Lage wären, durch ambulante Sozialtherapie dazu befähigt würden.

2.2 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

2.2.1 Indikationsstellung

Die Indikationsstellung zur ambulanten Sozialtherapie besteht aus einem mehrstufigen Verfahren. Ambulante Sozialtherapie kann danach verordnet werden, wenn

- bestimmte Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) vorliegen,
- der Wert im Global Assessment of Functioning (GAF/GAF-Skala) ≤ 50 ist (in definierten Einzelfällen ≤ 40),
- die Diagnose entsprechend ICD-10 zu dem in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Diagnosen-Katalog gehört (Ausnahmen entsprechend § 2 Abs. 5 der ST-RL),
- individuelle Therapieziele erreicht werden können und
- eine Therapiefähigkeit gegeben ist.

Für die Leistungsgewährung müssen alle vorgenannten Indikationskriterien erfüllt werden. Detaillierte Beschreibungen zu den oben genannten Punkten finden sich jeweils in der Legende zum entsprechenden Arbeits- oder Bewertungsschritt (Kapitel 2.3.1).

2.2.2 Weitere Behandlungsformen für Versicherte mit psychischen Störungen

Bei der Begutachtung von ambulanter Psychotherapie sind weitere vertragsrechtliche Leistungen zu beachten, die bei Versicherten mit schweren psychischen Störungen in Frage kommen könnten, aber überwiegend nicht gleichzeitig mit ambulanter Psychotherapie in Anspruch genommen werden dürfen. Hierzu zählen die Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz, Krankenhausbehandlung sowie ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, (psychiatrische) häusliche Krankenpflege, Ergotherapie sowie ambulante Psychotherapie.

Wenn diese Leistungen ärztlich/psychotherapeutisch verordnet wurden, aber aufgrund der Einschränkungen durch die psychische Erkrankung nicht durch die Versicherte wahrgenommen werden können, kann zur Motivation und Befähigung zu ihrer Inanspruchnahme zeitlich begrenzt eine ambulante Psychotherapie verordnet werden. Werden die Leistungen jedoch durch die Versicherte bereits selbständig in Anspruch genommen, ist ambulante Psychotherapie nicht (mehr) erforderlich.

Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 SGB V)

Die gleichzeitige Verordnung ambulanter Psychotherapie und Inanspruchnahme der Komplexleistung der Institutsambulanz schließen sich laut der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010 (PIA-Vereinbarung) in der Regel gegenseitig aus.

Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz werden als komplexes therapeutisches Angebot durch ein interdisziplinäres Therapeutenteam erbracht.

Sie sind durch eine (im Vergleich zur ambulanten Behandlung durch niedergelassene Fachärztinnen) höhere Therapiedichte gekennzeichnet. Leistungen der Anleitung und der Koordination, wie sie die ambulante Psychotherapie vorsieht, sind auch im komplexen Therapieangebot der psychiatrischen Institutsambulanzen enthalten. Dabei wird die Institutsambulanz auch aufsuchend tätig, wenn die Versicherte krankheitsbedingt das komplexe Angebot der Institutsambulanz nicht selbständig in Anspruch nehmen kann.

Stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) und ambulante/stationäre Rehabilitationsbehandlung (§ 40 SGB V)

Ambulante Psychotherapie (§ 37a SGB V) als zusätzliche Leistung während einer Krankenhausbehandlung oder einer Rehabilitation ist ausgeschlossen.

Befindet sich eine Versicherte in stationärer, stationsäquivalenter oder teilstationärer psychiatrischer Krankenhausbehandlung bzw. in ambulanter oder stationärer Rehabilitation, sind alle Leistungen (einschließlich psychotherapeutischer Angebote) vom Krankenhaus bzw. der Rehabilitationseinrichtung zu erbringen.

Sollte die Versicherte wegen eines stark verminderten Antriebs und wegen fehlenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik die tagesklinische Behandlungsmaßnahme nicht mehr selbständig in Anspruch nehmen, so sind motivierende und anleitende Maßnahmen von den Klinikmitarbeitern selbst zu erbringen.

Bei Zuständen hochakuter, schwerer Erkrankungen oder sehr schwerer Beeinträchtigungen (z. B. GAF-Skalenwert von weniger als 20 Punkten) ist davon auszugehen, dass eine ambulante Psychotherapie nicht ausreichend und zielführend ist. Stattdessen können dann andere Maßnahmen (z. B. Krankenhausbehandlung, umfassend betreute Wohnformen) empfohlen werden.

Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Im Falle der häuslichen Krankenpflege ist eine parallele Gewährung wegen inhaltlich gleicher Leistungen ausgeschlossen.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind dann ordnungsfähig, wenn die Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes ist. Häusliche Krankenpflege ist somit eine Unterstützung der ärztlichen Behandlung mit dem Ziel, der Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in ihren häuslichen Bereich zu erlauben (Krankenhausvermeidungspflege) oder ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege). Behandlungspflege im Rahmen somatischer Erkrankungen ist genehmigungsfähig.

Nach § 4 Abs. 8 Satz 2 und 3 ST-RL ist die Verordnung der Leistung der *psychiatrischen* häuslichen Krankenpflege (pHKP) neben ambulanter Psychotherapie nur dann möglich, wenn sich beide Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzungen ergänzen. Im psychotherapeutischen Behandlungsplan und auch im Behandlungsplan der pHKP müssen die Notwendigkeit, Dauer und Abgrenzung beider Leistungen deutlich gemacht werden.

Ergotherapie

Die Ergotherapie dient bei Versicherten mit schwerer psychischer Störung der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten psychischen

und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten. Der Schwerpunkt der Ergotherapie liegt in konzentrationsfördernden, strukturierenden, übenden, beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen.

Im Gegensatz dazu zielt die ambulante Psychotherapie unmittelbar auf die Motivation und Befähigung zur Inanspruchnahme und auf das Hinführen zu ärztlichen/psychotherapeutischen und ärztlich/psychotherapeutisch verordneten Leistungen ab.

Ambulante Psychotherapie ist nicht erforderlich, wenn die ärztlichen/psychotherapeutischen und die ärztlich/psychotherapeutisch verordneten Leistungen – hierzu zählen ergotherapeutische Maßnahmen – selbständig in Anspruch genommen werden können.

Ambulante Psychotherapie (nach Psychotherapie-Richtlinie)

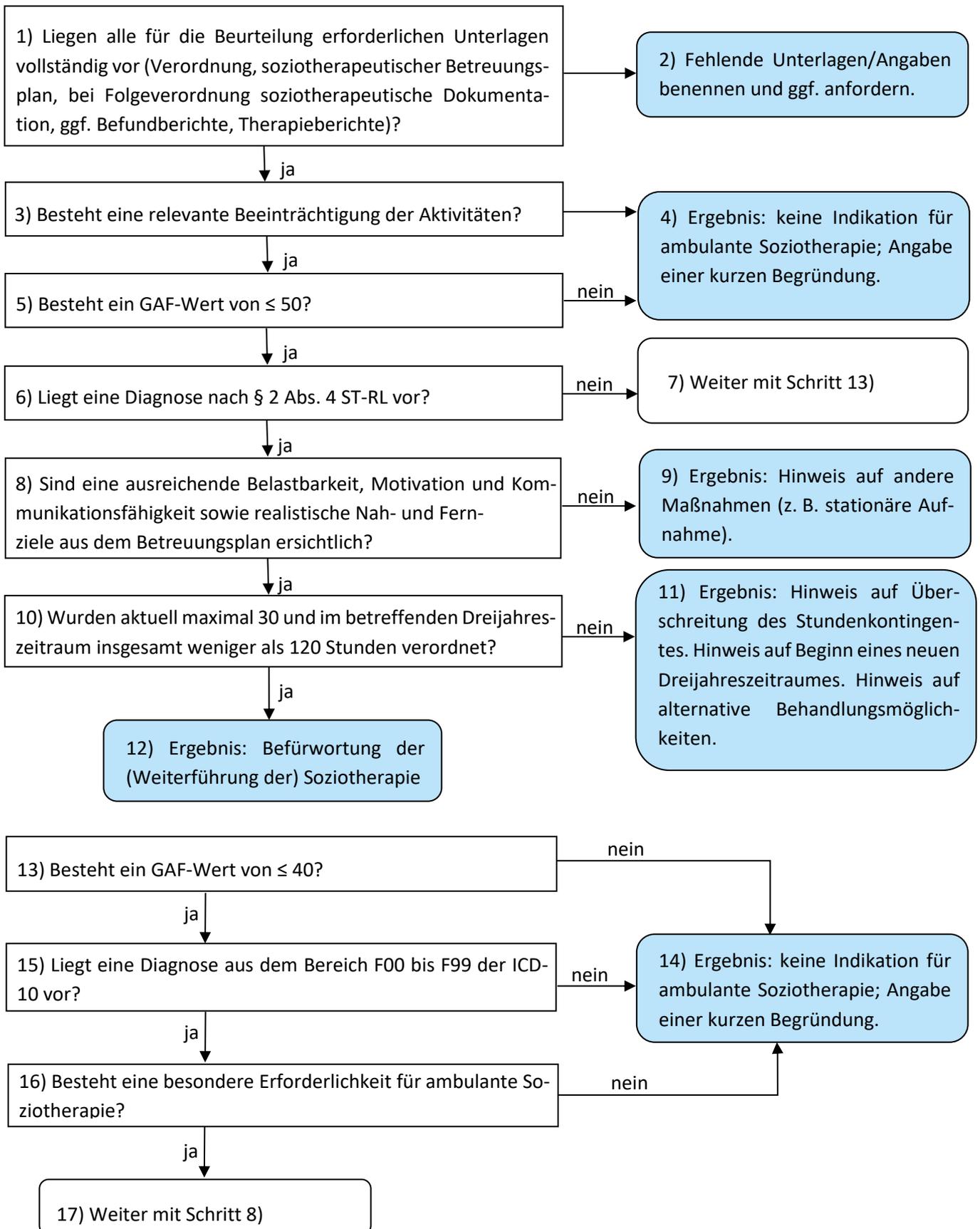
Ist eine Versicherte ausreichend motiviert und belastbar, um eine ambulante Psychotherapie eigenständig in Anspruch nehmen zu können, ist keine Indikation zur Verordnung von Psychotherapie gegeben.

2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte

Flowchart zu den Arbeits- und Bewertungsschritten s. folgende Seite.

Begutachtungsauftrag zur Verordnung ambulanter Psychotherapie nach § 37a SGB V



Legende

Legende zu 1): Liegen alle für die Beurteilung erforderlichen Unterlagen vollständig vor?

Die Befugnis zur Verordnung ambulanter Psychotherapie ist in § 4 Abs. 1-4 ST-RL geregelt und wird von den Krankenkassen im Vorfeld geprüft. Jede Verordnung ambulanter Psychotherapie bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Ausgenommen davon sind Verordnungen nach § 4 Abs. 4 bis 6 ST-RL zur *Überprüfung der Indikation* sowie nach § 5 Abs. 2 ST-RL zur *Abklärung der Therapiefähigkeit und Erstellung des psychotherapeutischen Behandlungsplan* von jeweils bis zu fünf Stunden.

Folgende Unterlagen sind für die Begutachtung erforderlich:

- Verordnung ambulante Psychotherapie gem. § 37a SGB V (Anlage 2, S. 33). Wurden Probestunden verordnet, sollte auch diese frühere (nicht genehmigungspflichtige) Verordnung beigelegt werden, damit diese im Verordnungskontingent i.S. § 4 Abs. 6 und § 5 Abs. 2 Berücksichtigung findet.
- Psychotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37a SGB V (Anlage 3, S. 34).
- Bei Folgeverordnungen die psychotherapeutische Dokumentation
- Ggf. Befundberichte, Therapieberichte, weitere ärztliche Unterlagen

Verordnung:

Die Verordnung muss vollständig ausgefüllt sein:

- Art und Ausprägung der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)
- Schweregrad der psychischen Störung laut GAF (siehe Anlage 4, S. 35 f.)
- Diagnose aus dem Kapitel F der ICD-10
- Ggfs. Art und Ausprägung der Komorbidität(en)
- persönliche Daten der Versicherten (Angaben zur nächsten Angehörigen, gesetzliche Betreuung, Wohnform)
- Angaben über die voraussichtliche Anzahl an Stunden (Therapieeinheiten)
- voraussichtliche Dauer der ambulanten Psychotherapie
- ggf., bei Folgeverordnungen, die Anzahl der bereits durchgeführten Stunden (im Vordruck als „Leistungen“ bezeichnet)
- Angaben zur Prognose
- Feststellung, ob und Begründung, dass Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder nicht durchführbar ist

 *Verordnet werden dürfen jeweils immer nur so viele Stunden, wie zur Erreichung der Therapieziele (siehe psychotherapeutischer Behandlungsplan) oder bis zur Feststellung, dass diese nicht erreichbar sind, erforderlich scheinen – maximal aber jeweils 30, innerhalb eines Dreijahreszeitraumes insgesamt 120 Stunden (Therapieeinheiten).*

 Die Prognose muss sich auf die Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) beziehen. Folgeverordnungen müssen konkrete Hinweise auf bereits erreichte (Teil-)Ziele enthalten.

Soziotherapeutischer Betreuungsplan:

Der soziotherapeutische Betreuungsplan (Anlage 3, S. 34) wird von der soziotherapeutischen Leistungserbringerin erstellt und ist das Ergebnis eines Abstimmungsprozesses zwischen der verordnenden Ärztin/Psychologische Psychotherapeutin, der soziotherapeutischen Leistungserbringerin und der Versicherten. Dem soziotherapeutischen Betreuungsplan muss zu entnehmen sein, welche konkreten Maßnahmen geplant sind. Es ist dann durch die Gutachterin zu prüfen, ob diese Maßnahmen dem Inhalt einer ambulanten Soziotherapie nach § 37a SGB V entsprechen und ob sie nachvollziehbar und zielführend erscheinen.

Auf dem Vordruck zum soziotherapeutischen Betreuungsplan sollen die Therapieziele schriftlich niedergelegt werden (Nah- und Fernziele). Ebenfalls sind im soziotherapeutischen Betreuungsplan die individuell verordneten und empfohlenen Maßnahmen zu benennen, die durch die soziotherapeutische Leistungserbringerin zu koordinieren sind. Hierunter fallen nur Leistungen der GKV, wie z. B. psychiatrische Sprechstunde, andere ärztliche Behandlungen (z. B. Zahnärztin etc.), Ergotherapie, Krankengymnastik. Sozialtherapeutische (Teestube, Berufsberater, Kinobesuch o. ä.) oder rehabilitationsvorbereitende Maßnahmen sind keine Maßnahmen einer ambulanten Soziotherapie.

Im Feld „Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen“ sind nicht die ärztlich/psychotherapeutisch empfohlenen verordneten Leistungen, sondern die soziotherapeutischen Maßnahmen einzutragen. Die Ausführungen auf dem Vordruck zum soziotherapeutischen Betreuungsplan sind nicht isoliert zu betrachten, sondern im Zusammenhang mit den in der Richtlinie definierten Inhalten und den ggf. bisherigen Verordnungen.

Der soziotherapeutische Betreuungsplan muss von der soziotherapeutischen Leistungserbringerin und der Versicherten unterschrieben sein. Fehlt letztere Unterschrift, muss dies schriftlich von der Verordnerin begründet sein (z. B. bei gesetzlicher Betreuung).

Soziotherapeutische Dokumentation: Bei Folgeverordnungen sollte die soziotherapeutische Dokumentation vorgelegt werden. In dieser sind fortlaufend durch die soziotherapeutische Leistungserbringerin Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Versicherte und deren Entwicklung festgehalten. Leistungserbringerin, verordnende Ärztin/Psychologische Psychotherapeutin und Versicherte müssen sich regelmäßig abstimmen (mindestens jeden zweiten Monat, obligat vor und nach den fünf Probestunden, sowie vor jeder Folgeverordnung, vgl. § 8 ST-RL), um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapieziele anzupassen. Die gemeinsamen Termine müssen aus der soziotherapeutischen Dokumentation hervorgehen und ein Besprechungsergebnis muss angegeben sein.

Legende zu 3): Besteht eine relevante Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörung)?

Ausschlaggebend für die Notwendigkeit der Verordnung von ambulanter Soziotherapie ist eine bedeutsame Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörung) durch eine psychische Störung, die dazu führt, dass ärztliche/psychotherapeutische oder ärztlich/psychotherapeutisch verordnete Leistungen nicht mehr selbständig in Anspruch genommen werden (können). Ambulante Soziotherapie soll Beeinträchtigungen, die wegen schwerer psychischer Störungen bestehen, ausgleichen. Diese Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und der Aktivitäten müssen sich in mindestens einem der folgenden Bereiche widerspiegeln (§ 2 Abs. 2 ST-RL):

- Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges
- Störungen im Verhalten mit Einschränkungen der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit
- Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens
- störungsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Symptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen

Legende zu 5): Besteht ein GAF-Wert von ≤ 50 ?

Die GAF-Skala ist ein diagnostisches Fremdbeurteilungsverfahren zur Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus bezüglich psychischer, sozialer oder beruflicher Bereiche einer Person. Das Funktionsniveau wird auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit/ Symptomfreiheit (GAF-Wert 100 %) bis schwerer Akutsymptomatik mit aufgehobenem Funktionsniveau (GAF-Wert 0 %) eingeschätzt. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund körperlicher oder umgebungsbedingter Einschränkungen werden mittels der GAF-Skala nicht erhoben, der Wert der GAF-Skala kann daher nur in Verbindung mit der Gesamteinschätzung (siehe auch Legende zu 3) zu einer Entscheidung herangezogen werden.

Für die Verordnung von ambulanter Soziotherapie darf der Wert auf der GAF-Skala nicht höher als 50 sein.

Einzelfallregelung: Wird ambulante Soziotherapie bei einer Versicherten mit einer Diagnose verordnet, die in Legende zu 6) nicht genannt wird, darf der GAF-Wert 40 Punkte nicht überschreiten, damit ambulante Soziotherapie gewährt werden kann. Weitere Erläuterungen zu dieser Einzelfallregelung siehe Legende zu 13), Legende zu 15) sowie Legende zu 17).

Legende zu 6): Liegt eine Diagnose nach § 2 Abs. 4 ST-RL vor?

Für die Verordnung von ambulanter Psychotherapie muss eine der folgenden Diagnosen aus dem Kapitel F der ICD-10 auf dem Verordnungsvordruck dokumentiert sein (§ 2 Abs. 4 ST-RL):

- F20 Schizophrenie (F20.0 bis F20.6)
- F21 schizotype Störung
- F22 anhaltende wahnhaftige Störung
- F24 induzierte wahnhaftige Störung
- F25 schizoaffektive Störung
- F31.5 gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung
- F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F33.3 gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung

Einzelfallregelung: In definierten Einzelfällen (§ 2 Abs. 5 ST-RL) kann bei Versicherten mit einer psychischen Störung aus dem gesamten Kapitel F der ICD-10 (F00 bis F99) ambulante Psychotherapie verordnet werden, wenn der GAF-Wert nicht höher als 40 ist und sich aus der Gesamtsituation der Bedarf für ambulante Psychotherapie ergibt. Weitere Erläuterungen zu dieser Einzelfallregelung finden sich in Legende zu 13), Legende zu 15) und Legende zu 17).

Bei Probeverordnungen genügt auch der Verdacht auf Vorliegen einer der oben genannten psychischen Störungen (§ 2 Abs. 4 ST-RL).

 *Eine relevante Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörung), ein Wert auf der GAF-Skala von ≤ 50 sowie das Vorliegen einer Diagnose nach § 2 Abs. 4 ST-RL begründen die Indikation für ambulante Psychotherapie. Für einen Anspruch auf Verordnung müssen alle drei Bedingungen erfüllt sein.*

Legende zu 8): Sind eine ausreichende Belastbarkeit, Motivation und Kommunikationsfähigkeit sowie realistische Nah- und Fernziele aus dem Behandlungsplan ersichtlich?

Ambulante Psychotherapie soll Versicherten ermöglichen, Leistungen der GKV selbständig in Anspruch zu nehmen. Damit ambulante Psychotherapie sinnvoll eingesetzt werden kann, müssen die Versicherten über eine für ambulante Psychotherapie ausreichende Belastbarkeit, Motivation und Kommunikationsfähigkeit verfügen. Bei einem Punktwert der GAF-Skala ≤ 20 liegt eine besonders schwere Beeinträchtigung vor. In einem solchen Fall ist nicht davon auszugehen, dass eine ausreichende Belastbarkeit, Motivation und Kommunikationsfähigkeit zur Durchführung von ambulanter Psychotherapie gegeben sind. Hier sollten alternative Behandlungsmöglichkeiten in Erwägung gezogen werden (bspw. stationäre Krankenhausbehandlung, betreutes Wohnen).

Die im psychotherapeutischen Behandlungsplan (vgl. auch Legende zu 1) festgelegten Nah- und Fernziele müssen an den vorhandenen Fähigkeiten der Versicherten orientiert sein, z. B. Nahziel „Hinführen zur psychiatrischen Arztpraxis“, Fernziel „selbständige Tagesplanung mit Initiierung verschiedener Aktivitäten und Inanspruchnahme der psychiatrischen Sprechstunde“. Die verordneten und empfohlenen Maßnahmen, die zu koordinieren sind, müssen Maßnahmen der GKV sein (psychiatrische Sprechstunde, Ergotherapie etc.). Sozialtherapeutische Maßnahmen (Berufsberatung, Stadtbummel, Kinobesuch) sind keine Leistungen, deren Inanspruchnahme durch ambulante Psychotherapie gesichert oder koordiniert werden soll.

Legende zu 10): Wurden aktuell maximal 30 und im betreffenden Dreijahreszeitraum insgesamt weniger als 120 Stunden verordnet?

Dauer und Frequenz der psychotherapeutischen Behandlung sind abhängig vom individuellen Therapiebedarf. Eine einzelne Verordnung darf maximal 30 Therapieeinheiten umfassen.

Die Anzahl der bereits in Anspruch genommenen Stunden (Therapieeinheiten) ist auf dem Verordnungsvordruck (Anlage 2, S. 33) dokumentiert. Gegebenenfalls werden von der Krankenkasse zusätzliche Angaben über den Zeitpunkt der bereits in Anspruch genommenen Stunden (Therapieeinheiten) benötigt.

Insgesamt dürfen höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren verordnet werden. Unter einem Krankheitsfall ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit zu verstehen. Sie wird durch einen Wechsel der Diagnose nicht unterbrochen. Eine Verlängerung der Behandlungsdauer (maximal drei Jahre) und eine Erweiterung des Anspruchsumfanges (maximal 120 Stunden) resultieren hieraus somit nicht. Nach Ablauf von drei Jahren beginnt ein neuer Verordnungszeitraum und ambulante Psychotherapie kann erneut im Umfang von 120 Stunden beansprucht werden, soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind (vgl. auch Rechtsprechung). Dies gilt auch, wenn dieselbe Erkrankung wie im Dreijahreszeitraum zuvor diagnostiziert wurde.

Bei einer erneuten Verordnung nach drei Jahren sollte kritisch geprüft werden, warum die Therapieziele während der ersten drei Jahre nicht erreicht werden konnten. Sind die Therapieziele realistisch? Sind die Voraussetzungen und Motivation auf Seiten der Versicherten gegeben und ist ambulante Psychotherapie wirklich das geeignete Mittel, um die Therapieziele zu erreichen? Ambulante Psychotherapie soll grundsätzlich keine lebenslange Begleitung sein.

Zur Abklärung der Therapiefähigkeit der Versicherten und zur Erstellung des psychotherapeutischen Behandlungsplans bzw. zur Prüfung der Indikation dürfen bis zu fünf Probestunden verordnet werden. Die Probestunden bedürfen nicht der Genehmigung durch die Krankenkasse. Sie werden auf die Erstverordnung angerechnet. Die Verordnung von Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit der Versicherten und zur Erstellung des psychotherapeutischen Behandlungsplans kann bis zu zweimal pro Jahr erfolgen.

Legende zu 13): Besteht ein GAF-Wert von ≤ 40 ?

Zur Beschreibung der GAF-Skala siehe Legende zu 5).

Wird ambulante Psychotherapie bei einer Versicherten mit einer Diagnose verordnet, die in Legende zu 6) nicht genannt wird, darf der GAF-Wert 40 Punkte nicht überschreiten, damit ambulante Psychotherapie gewährt werden kann. Weitere Erläuterungen zu dieser Einzelfallregelung siehe Legende zu 15) und Legende zu 17).

Legende zu 15): Liegt eine Diagnose aus dem Bereich F00 bis F99 der ICD-10 vor?

In definierten Einzelfällen (§ 2 Abs. 5 ST-RL) kann bei einer Versicherten mit einer psychischen Störung aus dem gesamten Kapitel F der ICD-10 (F00 bis F99) ambulante Psychotherapie verordnet werden, wenn der GAF-Wert nicht höher als 40 ist und sich aus der Gesamtsituation der Bedarf für ambulante Psychotherapie ergibt.

Bei Probeverordnungen genügt auch der Verdacht auf Vorliegen einer der oben genannten psychischen Störungen (§ 2 Abs. 4 ST-RL).

Weitere Erläuterungen siehe Legende zu 13) und Legende zu 17).

Legende zu 16): Besteht eine besondere Erforderlichkeit für ambulante Psychotherapie?

Ambulante Psychotherapie kann im Einzelfall auch bei Vorliegen anderer als der in § 2 Abs. 4 ST-RL genannten Diagnosen des Kapitel F der ICD-10 indiziert sein.

Dies setzt neben einem GAF-Wert von ≤ 40 eine besondere Gesamtsituation voraus (§ 2 Abs. 5 ST-RL).

Die Erforderlichkeit begründet sich z. B. in relevanten Komorbiditäten, einer stark eingeschränkten Fähigkeit zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben oder in einer stark eingeschränkten Wegefähigkeit.

Eine Indikation liegt allerdings nur dann vor, wenn so schwere Beeinträchtigungen im Verhalten und Erleben vorhanden sind, dass die Versicherte nicht mehr in der Lage ist, notwendige ärztliche/psychotherapeutische oder ärztlich/psychotherapeutisch verordnete Behandlung selbständig aufzusuchen/in Anspruch zu nehmen.

 *Für die Gewährung ambulanter Psychotherapie in den oben genannten Einzelfällen muss die besondere Erforderlichkeit aus den Unterlagen eindeutig hervorgehen.*

3 Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK

3.1 Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse

Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens für ambulante Psychotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Prüfung beauftragen.

Das Ergebnis der MDK-Begutachtung ist der Krankenkasse nach Eingang des Auftrages unter Berücksichtigung des Patientenrechtegesetzes möglichst zeitnah mitzuteilen, da die Krankenkasse die Kosten

für die von der Vertragsärztin/Vertragspsychotherapeutin verordneten und von der soziotherapeutischen Leistungserbringerin erbrachten Leistungen bis zur Entscheidung über die Genehmigung trägt.

Folgende Konstellationen sprechen für eine Vorlage beim MDK:

- Diagnosen, die nicht in § 2 Abs. 4 ST-RL benannt sind
- GAF < 20 oder GAF > 40
- Bisher keine Krankenhausaufenthalte
- Keine oder geringe Beeinträchtigungen der Aktivitäten in den Bereichen, die in § 2 Abs. 2 ST-RL benannt sind
- Behandlungsziel besteht nicht in der selbständigen Inanspruchnahme von ärztlichen/psychotherapeutischen und ärztlich/psychotherapeutisch verordneten Leistungen
- Die zu koordinierenden Maßnahmen sind keine Leistungen der GKV
- Vorangegangene ambulante Psychotherapie in einem anderen Dreijahreszeitraum

Die Fragestellungen sind durch die Krankenkasse im Auftrag möglichst konkret und unter Beifügung sachdienlicher Unterlagen darzustellen.

Für eine zügige und sachgerechte Begutachtung sind folgende Unterlagen hilfreich:

- Der Auftrag und die Fragen der Krankenkasse
- Der Leistungsausdruck/die Leistungsstatistik der Versicherten
- Die Verordnung von ambulanter Psychotherapie gemäß § 37a SGB V durch die hierfür befugte Ärztin/Psychologische Psychotherapeutin
- Der soziotherapeutische Behandlungsplan gemäß § 37a SGB V durch die Psychotherapeutin
- Bei Folgeverordnungen die soziotherapeutische Dokumentation
- Falls stationäre/teilstationäre Behandlungen in den letzten zwei Jahren durchgeführt wurden, wird um Anforderung der Klinikberichte durch die Krankenkasse zu Händen des zuständigen MDK gebeten (MIMA-Verfahren)

 *Von der Krankenkasse ist im Vorfeld zu prüfen, ob die verordnende Ärztin/Psychologische Psychotherapeutin von der Kassenärztlichen Vereinigung befugt ist, Psychotherapie zu verordnen (vgl. § 4 ST-RL) und ob ein Vertrag mit der soziotherapeutischen Leistungserbringerin besteht.*

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK

Über die Art und Form der Auftrags erledigung entscheidet der jeweils ausführende MDK. Es ist ein zügiges und ein der Fragestellung angemessenes Verfahren zu wählen.

Vor Einleitung einer SFB sollte die Krankenkasse eine eindeutige Fragestellung zur Beauftragung des MDK haben und die notwendigen Daten/Informationen bereithalten können.

4 Gutachten

Die Auswahl des Produktes gemäß Produktkatalog der MDK-Gemeinschaft und die Auswahl der Gutachterin obliegt dem jeweils beauftragten MDK.

Die Gutachterin des MDK nimmt gezielt zu den im Begutachtungsauftrag genannten Fragen der Krankenkasse Stellung.

Die sozialmedizinische Empfehlung sollte die Fragen konkret beantworten und somit der Krankenkasse eine leistungsrechtliche Entscheidung ermöglichen.

4.1 Gutachten nach Aktenlage

Neben den im Produktkatalog der MDK-Gemeinschaft genannten Vorgaben sind im Gutachten krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ärztlicher/psychotherapeutischer oder ärztlich/psychotherapeutisch verordneter Leistungen darzustellen. Darüber hinaus muss der Grad der Beeinträchtigung auf der GAF-Skala angegeben werden. Alle relevanten Diagnosen werden benannt.

Die Beurteilung der Notwendigkeit ambulanter Psychotherapie sollte eine zusammenfassende verständliche Darstellung des Ergebnisses des Begutachtungsprozesses beinhalten. Dabei sind die kassenseitigen Fragestellungen konkret und verständlich zu beantworten.

Gegebenenfalls sind bei einem Hinweis auf andere Maßnahmen als ambulante Psychotherapie entsprechende begründende Angaben zu machen. Auch bei Hinweisen auf die Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger sind Abgrenzungskriterien anzugeben.

4.2 Gutachten durch persönliche Befunderhebung

Diese Begutachtungsform stellt aufgrund der spezifischen Problematik der Betroffenen die absolute Ausnahme dar.

5 Vorgehen bei Widersprüchen

Der Widerspruch richtet sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse. Ihr obliegt das weitere Verfahren. Sie kann den MDK mit einer sozialmedizinischen Stellungnahme beauftragen.

Für eine sachgerechte Begutachtung benötigt der MDK den Widerspruch und ggf. neue medizinische Unterlagen.

Sollte ein Widerspruch direkt an den MDK geschickt worden sein, leitet dieser ihn umgehend an die zuständige Krankenkasse weiter.

6 Ergebnismitteilung

Grundsätzlich liegt die rechtsverbindliche Benachrichtigung der Versicherten über das Ergebnis einer ärztlichen Stellungnahme oder Begutachtung, wenn sie mit einer Leistungsentscheidung verbunden ist, im Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse.

Art und Umfang der Ergebnismitteilung sind gesetzlich festgelegt (§ 277 SGB V Mitteilungspflichten).

Der MDK hat den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und der auftraggebenden Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse zusätzlich die erforderlichen Angaben über die Begründung des Ergebnisses mitzuteilen.

7 Anlagen

Anlage 1: Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

(Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL)

in der Fassung vom 22. Januar 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 14.04.2015
B5) in Kraft getreten am 15. April 2015

zuletzt geändert am 17. September 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.09.2020
B2) in Kraft getreten am 1. Oktober 2020

Inhalt

§ 1	Grundlagen und Ziele	3
§ 2	Indikation und Therapiefähigkeit	3
§ 3	Leistungsinhalt	5
§ 4	Verordnung	6
§ 4a	Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements	7
§ 5	Leistungsumfang	8
§ 6	Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle	8
§ 7	Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus.....	9
§ 8	Zusammenarbeit mit dem psychotherapeutischen Leistungserbringer	9
§ 9	Genehmigung von Psychotherapie	9
§ 10	Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie	10

§ 1 Grundlagen und Ziele

(1) ¹Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 37a und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Sozialtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. ²Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der Verordnerin oder des Verordners (gemäß der in § 4 genannten Berufsgruppen) mit dem Erbringer der sozialtherapeutischen Leistung (sozialtherapeutischer Leistungserbringer).

(2) ¹Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. ²Sozialtherapie nach § 37a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. ³Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. ⁴Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. ⁵Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.

(3) ¹Sozialtherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. ²Sie kommt auch in Betracht, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat. ³Die Erbringung von Sozialtherapie erfolgt bedarfsgerecht und ist an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu orientieren. ⁴Bei der Verordnung von Sozialtherapie sind die in §§ 2 und 3 festgelegten Indikationen und Kriterien zu beachten.

(4) Die Durchführung der Sozialtherapie setzt einen mit der Verordnerin oder dem Verordner und der oder dem Versicherten abgestimmten und vom sozialtherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden sozialtherapeutischen Betreuungsplan voraus.

(5) Sozialtherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten statt.

(6) Sozialtherapie umfasst die Koordination der im Rahmen des Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen.

(7) Sozialtherapie unterstützt einen Prozess, der Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.

(8) Für die medizinische Behandlung relevante Informationen, die der sozialtherapeutische Leistungserbringer durch die Betreuung der oder des Versicherten gewinnt, sollen durch die Zusammenarbeit zwischen ihm und der Verordnerin oder dem Verordner für die Behandlung nutzbar gemacht werden.

§ 2 Indikation und Therapiefähigkeit

(1) Die Indikation für Sozialtherapie ist gegeben bei einer Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) in mindestens einem der in Absatz 2 aufgeführten Bereiche und einem Ausmaß gemäß Absatz 3 wegen einer schweren psychischen Erkrankung gemäß Absatz 4 sowie bei den in Absatz 5 genannten Fällen.

(2) ¹Der Sozialtherapie bedürfen Versicherte, bei denen durch schwere psychische Erkrankung hervorgerufene Beeinträchtigungen der Aktivitäten dazu führen, dass sie in ihren Fähigkeiten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen erheblich beeinträchtigt sind. ²Dies trifft zu, wenn folgende Beeinträchtigungen (alternativ oder kumulativ) gegeben

sind:

- Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,
- Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,
- Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,
- krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

(3) ¹Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Aktivität soll die GAF¹ Skala herangezogen werden. ²Orientierungswert ist 40 (höchstens ≤ 50).

(4) ¹Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nummern: F20.0 – 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: F31.5 [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]). ²Bei Verordnungen nach § 5 Absatz 2 genügt auch der Verdacht auf eine schwere psychische Erkrankung.

(5) ¹Schwer psychisch Erkrankte mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99, die nicht unter § 2 Absatz 4 der Richtlinie genannt sind, erhalten in begründeten Einzelfällen eine Verordnung von Soziotherapie, wenn bei der oder dem Versicherten in Abweichung des in Absatz 3 genannten GAF-Wertes hier ein GAF-Wert ≤ 40 gilt und wenn sich aufgrund der Gesamtsituation und nach fachärztlicher Einschätzung eine medizinische Erforderlichkeit insbesondere aus einem der nachfolgend genannten Kriterien ergibt:

- relevante Co-Morbiditäten (psychiatrische, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, oder somatische, wie z.B. Mobilitätseinschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen),
- stark eingeschränkte Fähigkeit zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben,
- eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben oder
- stark eingeschränkte Wegefähigkeit.

²Kontraindikationen müssen ausgeschlossen werden. ³Die übrigen Voraussetzungen der Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend. ⁴Diese Verordnungen unterliegen § 9 der Richtlinie (Genehmigung von Soziotherapie).

(6) ¹Um das Ziel der Soziotherapie erreichen zu können, soll die Patientin oder der Patient über das hierzu notwendige Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten.

1 Global Assessment of Functioning Scale in: DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

²Dies ist nicht gegeben, wenn keine langfristige Verminderung der in § 2 Absatz 2 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

§ 3 Leistungsinhalt

(1) Soziotherapie umfasst die im Folgenden aufgeführten Leistungen, welche die Patientin oder den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Maßnahmen befähigen sollen.

(2) Folgende Leistungen sind in jedem Fall zu erbringen:

- a) Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans: Die Verordnerin oder der Verordner, der soziotherapeutische Leistungserbringer und die oder der Versicherte wirken bei der Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans zusammen.
- b) Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen: Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung und verordneter Leistungen für die Patientin oder den Patienten gemäß dem soziotherapeutischen Behandlungsplan. Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer die Patientinnen oder die Patienten zur Selbständigkeit anleiten und sie so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.
- c) Arbeit im sozialen Umfeld: Der soziotherapeutische Leistungserbringer analysiert die häusliche, soziale und berufliche Situation der Patientin oder des Patienten und kann zur Unterstützung Familienangehörige und den Freundes- und Bekanntenkreis einbeziehen. Um die Therapieziele zu erreichen, kann er die Patientin oder den Patienten an komplementäre Dienste heranführen.
- d) Soziotherapeutische Dokumentation: Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Patientin oder den Patienten und deren oder dessen Entwicklung; er berichtet der Verordnerin oder 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 verbliebenen Therapie(teil)zielen.

(3) Folgende Leistungen können ggf. aufgrund der Struktur der spezifischen Patientenprobleme vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbracht werden:

- a) Motivations(antriebs)relevantes Training: Mit der Patientin oder dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten statt.
- b) Training zur handlungsrelevanten Willensbildung: Das Training beinhaltet die Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken. Dabei ist Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten zu geben und eine selbständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung einzuüben.
- c) Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung: Diese beinhaltet Hilfen

- beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung, sowie die Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen.
- d) Hilfe in Krisensituationen: Bei auftretenden Krisen erfolgt entsprechende Hilfe, gegebenenfalls auch aufsuchend, zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation der Patientin oder des Patienten.

§ 4 Verordnung

(1) ¹Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ²Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller nachweist, dass sie oder er die im Folgenden aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. ³Die Verordnerin oder der Verordner muss in der Lage sein, die Indikation für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist) zu stellen, deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer gegebenenfalls notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen.

(2) ¹Folgende Berufsgruppen dürfen Soziotherapie verordnen:

- a) Fachärztin oder Facharzt für Neurologie,
- b) Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde,
- c) Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- d) Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- e) Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs),
- f) Fachärztinnen oder Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie,
- g) Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut,
- h) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs).

²Die in Satz 1 Buchstabe a bis e verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen. ³Die in den Buchstaben g und h genannten Berufsgruppen werden nachfolgend bezeichnet als `Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut`. ⁴Zusätzlich ist eine Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.

(3) ¹Eine Verordnung zur Soziotherapie kann ferner erfolgen durch:

- a) psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V oder
- b) Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nach Absatz 2) der psychiatrischen Institutsambulanzen.

²Zusätzlich ist deren Nachweis über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen (z. B. komplementäre Einrichtungen) notwendig.

(4) Andere Vertragsärztinnen und -ärzte können Patientinnen oder Patienten zu einer

der nach den Absätzen 1 bis 3 qualifizierten Berufsgruppen oder Einrichtungen zum Zwecke der Psychotherapieverordnung überweisen, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei dieser oder diesem Versicherten eine der in § 2 beschriebenen Indikationen vorliegt und sie oder er aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder psychotherapeutische sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Verordnung von Psychotherapie Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

(5) ¹Kommt die überweisende Ärztin oder der überweisende Arzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass die oder der Versicherte nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann ein psychotherapeutischer Leistungserbringer per Verordnung hinzugezogen werden. ²Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck („Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung bei Psychotherapie gem. § 37a SGB V“).

(6) ¹Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung der Patientin oder des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. ²Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem psychotherapeutischen Leistungserbringer maximal 5 Therapieeinheiten zur Verfügung. ³Diese werden auf das Gesamtkontingent der Psychotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Psychotherapie gemäß Absatz 1 bis 3 kommt.

(7) ¹Lässt es sich nicht erreichen, dass die Patientin oder der Patient die Überweisung zu einer der nach den Absätzen 1 bis 3 qualifizierten Berufsgruppen wahrnimmt, oder kommt es nicht zur Verordnung von Psychotherapie, sind die maximal 5 vom psychotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch berechnungsfähig. ²Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem oben genannten Vordruck.

(8) ¹Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der Psychotherapie neben inhaltlich gleichen Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen. ²Die Verordnung von Maßnahmen der Psychotherapie neben den Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzung ergänzen (vgl. hierzu Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). ³Sowohl im psychotherapeutischen Behandlungsplan als auch im Behandlungsplan der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Abgrenzung der Leistungen zueinander darzulegen.

§ 4a Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements

¹Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin, der Krankenhausarzt, die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut im Krankenhaus, Letztere nachfolgend bezeichnet als Krankenhauspsychotherapeutin oder Krankenhauspsychotherapeut) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin, ein Vertragsarzt, eine Vertragspsychotherapeutin oder ein Vertragspsychotherapeut Psychotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen. ²Für Verordnungen nach Satz 1 ist der Umfang zuvor getätigter vertragsärztlicher oder vertragspsychotherapeutischer Verordnungen durch die Krankenhausärztinnen, die Krankenhausärzte, die Krankenhauspsychotherapeutinnen und die Krankenhauspsychotherapeuten nicht zu berücksichtigen. ³Die Zusammenführung aller verordneten Einheiten im Rahmen des Gesamtverordnungszeitraumes nach § 37a Absatz 1 Satz 3 SGB V kann durch die Krankenkasse erfolgen. ⁴Die weiterbehandelnde Vertragsärztin, der weiterbehandelnde Vertragsarzt, die weiterbehandelnde Vertragspsychotherapeutin oder der weiterbehandelnde Vertragspsychotherapeut muss die durch die Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie Krankenhauspsychotherapeutinnen und Kranken-

hauspsycho-therapeuten verordneten Einheiten mit Blick auf den Gesamtverordnungszeitraum berücksichtigen. ⁵Die Anzahl der Therapieeinheiten ist so zu bemessen, dass der nach Satz 1 erforderliche Verordnungszeitraum nicht überschritten wird. ⁶Einheiten, die nicht innerhalb von sieben Kalendertagen in Anspruch genommen wurden, verfallen. ⁷Die Krankenhausärztin, der Krankenhausarzt, die Krankenhauspsychotherapeutin oder der Krankenhauspsychotherapeut hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin, den weiterbehandelnden Vertragsarzt, die weiterbehandelnde Vertragspsychotherapeutin oder den weiterbehandelnden Vertragspsycho-therapeuten über die getätigten Verordnungen zu informieren. ⁸§ 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt. ⁹Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

§ 5 Leistungsumfang

(1) ¹Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. ²Es können bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitrahmens von höchstens drei Jahren erbracht werden. ³Unter einem Krankheitsfall im Sinne dieser Richtlinie ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in § 2 aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen. ⁴Soweit 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.

(2) ¹Vor der ersten Verordnung nach § 4 Absatz 1 bis 3 können bis zu 5 Probestunden verordnet werden, die auf diese Verordnung angerechnet werden. ²Die Verordnung von Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit der Patientin oder des Patienten und Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans kann maximal zweimal pro Jahr für eine Versicherte oder einen Versicherten erfolgen. ³Verordnungen gemäß § 4 Absatz 1 bis 3 können jeweils bis maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden. ⁴Verordnet werden dürfen nur so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.

(3) ¹Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. ²Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. ³Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.

(4) ¹Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. ²Soziotherapie kann in Absprache zwischen Verordnerin oder Verordner und soziotherapeutischem Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. ³Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Teilnehmerinnen oder Teilnehmer umfassen. ⁴Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. ⁵Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.

§ 6 Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle

(1) ¹Die Verordnerin oder der Verordner unterstützt die Patientin oder den Patienten bei der Auswahl des geeigneten soziotherapeutischen Leistungserbringers gemäß § 132b SGB V. ²Die Verordnerin oder der Verordner nimmt Kontakt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer auf und bespricht die Patientenproblematik und die sich daraus ergebende Betreuung.

(2) Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein:

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

(3) ¹Die Verordnerin oder der Verordner hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. ²Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass die Patientin oder der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Psychotherapie abzubrechen. ³Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele. ⁴Die Verordnerin oder der Verordner teilt dies unverzüglich unter Angabe der Gründe der Krankenkasse mit.

§ 7 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

(1) Informiert ein Krankenhaus die Vertragsärztin, den Vertragsarzt, die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten gemäß § 4 Absatz 1 bis 3 über die Möglichkeit, eine Versicherte oder einen Versicherten vorzeitig zu entlassen, ist gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines psychotherapeutischen Leistungserbringers zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Verordnung von Psychotherapie erfüllt sind.

(2) Wird während der Psychotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Psychotherapie nach dem Behandlungsplan nicht möglich macht, umfasst die Psychotherapie auch den Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten, um eine frühestmögliche Entlassung zu erreichen und in Absprache mit der Verordnerin oder dem Verordner die Wiederaufnahme und Weiterführung der Psychotherapie sicherzustellen.

§ 8 Zusammenarbeit mit dem psychotherapeutischen Leistungserbringer

(1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt die Verordnerin oder der Verordner mit dem psychotherapeutischen Leistungserbringer und der Krankenkasse der oder des Versicherten eng zusammen und koordiniert die dafür erforderliche Zusammenarbeit.

(2) Psychotherapeutischer Leistungserbringer, Verordnerin oder Verordner und Patientin oder Patient stimmen sich in regelmäßigen Zeitabständen ab, mindestens jeden zweiten Monat, obligat vor und nach den 5 Probestunden sowie vor jeder Folgeverordnung, um die psychotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapieziele anzupassen.

§ 9 Genehmigung von Psychotherapie

(1) ¹Mit Ausnahme der Verordnung nach § 4 Absatz 5 und 6 (bis zu 5 Stunden) sowie nach § 5 Absatz 2 (5 Stunden) bedarf jede Verordnung von Psychotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse der oder des Versicherten. ²Dazu ist der psychotherapeutische Behandlungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck vorzulegen. ³Wurden Probestunden verordnet, ist bei der gegebenenfalls folgenden Verordnung von Psychotherapie der psychotherapeutische Behandlungsplan gemäß dem entsprechenden Vordruck zusammen mit der Verordnung für die Probestunden vorzulegen. ⁴Eine Genehmigung

der Krankenkasse ist auch bei den Ausnahmefällen nach Satz 1 erforderlich, wenn insgesamt mehr als 5 Stunden Psychotherapie verordnet werden.

(2) ¹Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Psychotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen. ²Falls erforderlich, sind dem Medizinischen Dienst vom psychotherapeutischen Leistungserbringer ergänzende Angaben zum Behandlungsplan gemäß § 6 Absatz 2 zu übermitteln. ³Werden verordnete Psychotherapieeinheiten nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, ist die Verordnerin oder der Verordner unverzüglich unter Angabe der Gründe über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren.

(3) Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b SGB V, wenn die Verordnung spätestens am dritten – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

§ 10 Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie

(1) Vor dem Hintergrund der Herausforderungen zur Bewältigung des epidemischen Ausbruchgeschehens aufgrund des SARS-CoV-2-Virus kann der Gemeinsame Bundesausschuss durch gesonderten Beschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a seiner Geschäftsordnung (GO) folgende räumlich begrenzte und zeitlich befristete Ausnahmen von den Regelungen dieser Richtlinie zulassen, wenn sie in Abhängigkeit von der Art des Ausbruchgeschehens zur Eindämmung und Bewältigung der Infektionen oder zum Schutz der Einrichtungen der Krankenversorgung vor Überlastung notwendig und erforderlich sind:

1. Die Regelung nach § 9 Absatz 3 gilt mit der Maßgabe, dass die 3-Tage-Frist zur Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse auf eine 10-Tage-Frist erweitert wird. Diese Ausnahmeregelung gilt, sofern die Verordnung von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt mit Sitz in einem der jeweils durch gesonderten Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO festgelegten Gebiete ausgestellt wurde oder sich der Wohnort der oder des Versicherten innerhalb eines dieser Gebiete befindet.
2. Ergänzend zu den Regelungen nach § 1 Absatz 5 und § 3 zur Arbeit im sozialen Umfeld, zum Zusammenwirken mit der Patientin oder dem Patienten sowie zur gegebenenfalls auch aufsuchenden Hilfe in Krisensituationen können Leistungsbestandteile unter Einsatz datenschutzkonformer Anwendungen und mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten auch per Video erbracht werden, sofern eine persönliche Leistungserbringung aufgrund der aktuellen Pandemielage nicht erfolgen kann und die Leistung insbesondere für die Hilfe in einer Krisensituation oder zur Vermeidung einer Verschlimmerung der somatischen oder psychischen Gesundheit erforderlich ist. Diese Ausnahmeregelung nach Nummer 2 gilt, sofern der Sitz des Leistungserbringers in einem der jeweils durch gesonderten Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO festgelegten Gebiete liegt oder sich der Wohnort der oder des Versicherten innerhalb eines dieser Gebiete befindet.

(2) Wenn und solange der Deutsche Bundestag gemäß § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, gilt die Regelung nach § 4a mit folgenden Maßgaben:

1. Die 7-Kalendertage-Frist wird auf eine 14-Kalendertage-Frist erweitert.
2. Die unmittelbare Erforderlichkeit kann sich auch aus dem Umstand einer Vermeidung des zusätzlichen Aufsuchens einer Arztpraxis ergeben.

Anlage 2: Verordnung Psychotherapie

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Verordnung Psychotherapie gemäß § 37a SGB V</h2> <p style="margin: 0; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">26</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<p>Diagnose (ICD-10-Code) 1</p> <p>Schweregrad (lt. GAF-SKALA) 2</p> <p>Erkrankung besteht seit (falls bekannt) 3 T T M M J J</p>																
<p>4 Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen</p> <p> </p> <p> </p> <p><i>Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40</i></p> <p>5 Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen</p> <p> </p> <p> </p>																
<p>6 Angaben des Versicherten</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Telefonnummer</p> <p>Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)</p>	<p>7 Angaben des nächsten Angehörigen</p> <p>Name</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Telefonnummer</p>															
<p>8 Angaben zum Betreuer</p> <p>Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, für welche Angelegenheiten?</p> <p> </p> <p> </p>																
<p>9 Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>10 Voraussichtliche Dauer der Therapie</p>	<p>11 Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten</p> <p>12 Bereits durchgeführte Leistungen</p>															
<p>13 Prognose</p> <p> </p> <p> </p>																
<p>14 Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar</p> <p>Begründung</p> <p> </p> <p> </p>																
<p><i>Der psychotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt!</i></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;">Für das Ausstellen der Erstverordnung ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig</p> <p>Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem psychotherapeutischen Behandlungsplan der Krankenkasse vorlegen!</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-weight: bold;">Ausfertigung für die Krankenkasse</p>																
<p>Datum T T M M J J</p> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>																

Anlage 4: GAF-Skala

GAF-Skala (Global Assessment of Functioning)

Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus

Auf Achse V wird die Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus des Patienten erfasst. Diese Information hilft bei der Therapieplanung, der Messung ihrer Wirksamkeit und der Prognoseerstellung.

Die Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus auf Achse V erfolgt anhand der GAF (Global Assessment of Functioning) –Skala¹. Die GAF-Skala kann insbesondere dazu dienen, die umfassenden Aussagen über den klinischen Fortschritt der Patienten anhand eines einzigen Maßes zu verfolgen. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Die Instruktionen geben vor: „Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden“. In den meisten Fällen sollte die Bewertung der GAF-Skala sich auf den aktuellen Zeitraum beziehen (also das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung), da der Skalawert für das augenblickliche Funktionsniveau in der Regel den Bedarf an Behandlung und Fürsorge widerspiegelt. In bestimmten Situationen kann es hilfreich sein, den GAF-Skalenwert sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung zu erheben. Die GAF-Skala kann auch für andere Zeitabschnitte (z.B. das höchste Funktionsniveau über mindestens 2 Monate während des vergangenen Jahres) bewertet werden. Die GAF-Skala wird auf Achse V wie folgt registriert:

„GAF=“ Es folgt der GAF-Wert zwischen 1 und 100. Anschließend in Klammern der Zeitraum, auf den sich die Bewertung bezieht, z.B. „(zur Zeit)“, „(höchster Wert im vergangenen Jahr)“, „(bei Entlassung)“.

In manchen Situationen kann es hilfreich sein, die soziale und berufliche Beeinträchtigung einzuschätzen, um den Fortschritt bei der Rehabilitation unabhängig von der Schwere der psychischen Symptome zu verfolgen. Hierzu wird eine Skala zur Erfassung der sozialen und beruflichen Funktionen (Social and Occupational Functioning Scale, SOFAS) vorgeschlagen. Zwei weitere Vorschläge für Erhebungsskalen, eine Skala zur globalen Erfassung der Beziehungsfunktionen (Global Assessment for Relational Functioning, GARF) und eine Skala der Abwehrfunktionen (Defensive Functioning Scale) können in manchen Situationen hilfreich sein.

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden:

¹ GAF-Skala: **G**lobal **A**ssessment of **F**unctioning Scale in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III.R.-Weinheim; Basel: Beltz, 1989

Code (Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

- 100-91** Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
- 90-81** Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 80-71** Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
- 70-61** Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51** Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
- 50-41** Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40-31** Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30-21** Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
- 20-11** Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 10-1** Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
- 0** Unzureichende Informationen