

Kathrin Nahmmacher

Neue Befugnisse – Rechte und Pflichten für Psychotherapeuten

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im März d.J. die Vorgabe des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes umgesetzt, wonach den Psychotherapeuten erweiterte Befugnisse im Sinne einer umfassenderen Koordination bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zustehen sollen. Nach den geänderten Richtlinien des G-BA, die seit Juni d.J. in Kraft sind, können Psychotherapeuten nun Leistungen zur Soziotherapie und Rehabilitation sowie Krankenförderung verordnen und Patienten bei entsprechender Indikation zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus einweisen. Im Folgenden werden die durch diese Befugnisserweiterung geschaffenen Rechte der Psychotherapeuten beleuchtet, insbesondere aber auch auf die Pflichten und rechtlichen Konsequenzen (Stichwort: Wirtschaftlichkeitsprüfung) eingegangen.

sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten grundsätzlich dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte; beispielsweise werden die gleichen Verordnungformulare verwendet. Unterschiede ergeben sich aber z.B. in Hinblick auf das Indikationsspektrum bei den jeweiligen Verordnungen.

Die Befugnisserweiterung eröffnet einerseits neue Handlungsspielräume im Sinne einer verbesserten Koordination bei der Patientenversorgung, begründet andererseits aber auch neue Pflichten und Herausforderungen für den Vertragspsychotherapeuten, die nachfolgend aufgezeigt werden.

I. Erweiterte Befugnisse

Mit der Änderung des § 73 Abs. 2 Satz 2 SGB V werden bisher bestehende Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufgehoben. Die Forderungen der BPTK nach mehr Rechten und Befugnissen insbesondere bei der Versorgung schwer psychisch kranker Patienten wurden durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und die darauf basierenden Beschlüsse

des G-BA in weiten Teilen umgesetzt. Waren Psychotherapeuten durch die Ausschlussnorm des § 73 Abs. 2 Satz 2 SGB V zuvor jegliche Verordnungen von Leistungen verwehrt, ist durch die Gesetzesänderung nunmehr klargestellt, dass sie künftig Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, zur Soziotherapie sowie Krankentransporte und Krankenhausbehandlung verordnen dürfen. Dabei gelten für Psychologische Psychotherapeuten

1. Verordnung von psychotherapeutischer Rehabilitation

Vertragspsychotherapeuten dürfen künftig Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation verordnen. Hierunter sind Leistungen



der psychosomatischen Rehabilitation sowie der psychiatrischen Rehabilitation zu verstehen (Rehabilitationsleistungen für psychisch Kranke/RPK). Zulässig ist die Verordnung für Diagnosen, bei denen eine Psychotherapie sowie eine neuropsychologische Therapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie möglich sind. Das Indikationsspektrum ist also insofern eingeschränkt, als Verordnungen einer psychotherapeutischen Reha nur bei Patienten in Betracht kommen, die an einer psychischen Erkrankung oder einer Verhaltensstörung leiden. Bei Indikationen nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie (z.B. Angststörungen oder depressive Episoden) und bei Indikationen der neuropsychologischen Therapie (z.B. organisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile Störung) kann der Psychotherapeut die Verordnungen ohne Abstimmung mit behandelnden Ärzten vornehmen. Für die übrigen Indikationen aus dem Kapitel V des ICD-10-GM „Psychische und Verhaltensstörungen“ bedarf es im Einzelfall einer Abstimmung mit dem behandelnden Arzt.

Bei *allen* Indikationen hat der Psychotherapeut im Einzelfall zu prüfen, ob somatische Ursachen vorliegen, die vor der Verordnung einer Rehabilitationsleistung ärztlich abzuklären sind.

Um eine Verordnung ausstellen zu können, muss der Psychotherapeut zuvor ärztliche Informationen einholen oder heranziehen. So muss beispielsweise abgeklärt werden, ob es Risikofaktoren gibt, ob und welche ärztlichen Maßnahmen bereits erfolgt sind (z.B. Verordnung von Arzneimitteln) und ob weitere für die Rehabilitation relevante Diagnosen vorliegen.

Auf Basis dieser Angaben, die der Psychotherapeut auf dem Verordnungsformular (Vordruck Muster 61) zu vermerken hat, entscheidet die Krankenkasse über die Genehmigung der Leistung. Seit April 2016 ist für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation keine gesonderte Abrechnungsgenehmigung mehr erforderlich. Der Psychotherapeut muss also (anders als z.B. bei der Verordnung von Soziotherapie) für die Verordnung von psychotherapeutischer Rehabilitation keinen Antrag auf Abrechnungsgenehmigung bei seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung stellen.

Der EBM wurde zwischenzeitlich angepasst: In der Präambel des Kapitels 23 ist explizit erwähnt, dass die Gebührenordnungsposition (GOP) 01611 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) auch von Psychotherapeuten abgerechnet werden kann.

2. Verordnung von Soziotherapie

Soziotherapie ist eine ambulante Versorgungsleistung für Patienten mit schweren psychischen Störungen, die sie in die Lage versetzen soll, andere medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Durch die Soziotherapie werden Patienten darin unterstützt, selbstständig ambulante Therapieangebote in Anspruch zu nehmen, um auf diese Weise Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Der G-BA stellte insoweit ausdrücklich klar, dass diese Therapieangebote nicht nur ärztliche, sondern auch

psychotherapeutische Leistungen umfassen. Für die Verordnung von Soziotherapie gelten die gleichen Vorgaben wie für die verordnungsberechtigten Fachärzte. Dies bezieht sich auch auf den Indikationsbereich, der generell auf schwerwiegende psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und der Gruppe der affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen beschränkt ist. Die Verordnung von Soziotherapie richtet sich also an Patienten, die in ihren Fähigkeiten und Funktionen maßgeblich beeinträchtigt sind. In begründeten Einzelfällen kann Soziotherapie für alle Erkrankungen des ICD-10-Kapitels für Psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99) verordnet werden, wenn die Fähigkeitsstörung stark eingeschränkt ist und weitere Komorbiditäten vorliegen.

Um die Verordnung von Soziotherapie umsetzen und abrechnen zu können, bedarf es noch einer Anpassung des EBM durch die KBV und den GKV-Spitzenverband (Bewertungsausschuss). Diese Anpassungen hat der Bewertungsausschuss bis spätestens Dezember 2017 zu beschließen. Betroffen sind hier die Abrechnungsbestimmungen der GOP 30810 (Erstverordnung Soziotherapie) und 30811 (Folgeverordnung Soziotherapie). Anders als bei der Reha-Verordnung (s.o.) ist hier vom Vertragspsychotherapeuten zwingend zuvor ein *Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von Soziotherapie* zu stellen. Hierbei sind u.a. die kooperierenden Einrichtungen (z.B. gemeindepsychiatrischer Verbund o.ä. Versorgungsstrukturen) zu benennen.

3. Krankenhauseinweisungen

Psychotherapeuten dürfen künftig bei bestimmten Indikationen auch Krankenhauseinweisungen veranlassen, wenn der Patient einer stationären Behandlung bedarf. Hierbei gelten bezüglich der Indikationsbereiche und des Abstimmungserfor-

Vor jeder Verordnung sind Indikation, Abstimmungserfordernisse mit Ärzten und Vorbehandlung zu prüfen



Strenge Anforderungen an den Grundsatz „ambulant vor stationär“

dermisses mit dem behandelnden Arzt dieselben Regelungen wie bei der Verordnung von psychotherapeutischer Rehabilitation (siehe oben). Die Verordnung darf also auch hier nur in bestimmten Fällen ohne gesonderte Abstimmung mit dem Arzt erfolgen (bei Diagnosen, bei denen gemäß Psychotherapie-Richtlinie eine Psychotherapie sowie eine neuropsychologische Therapie möglich sind). Unabhängig davon hat der Psychotherapeut bei allen Indikationen im Einzelfall zu prüfen, ob somatische Ursachen zunächst abzuklären sind.

Auch sind vorab alle ambulanten Behandlungsalternativen zu prüfen; insoweit haben auch Vertragspsychotherapeuten den allgemeinen Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu beachten und müssen im Einzelfall beurteilen, ob eine medizinische Notwendigkeit für die stationäre Einweisung vorliegt. Die Krankenseinweisungs-Richtlinie des G-BA gibt insoweit in § 1.1.1. vor: *„Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen erfolgen muss.“* Der Psychotherapeut ist daher verpflichtet, sämtliche in der Krankenseinweisungs-Richtlinie aufgezählten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor einer stationären Einweisung gründlich zu prüfen. Die Prüfung dieser Liste ist mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden, weshalb sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Vorfeld gegen eine solche Prüfung ausgesprochen hatte. Gleichwohl hat der G-BA die Leistungserbringer vor dem Hintergrund des Leitgedankens „ambulant vor stationär“ und des Erfordernisses der *medizinischen Notwendigkeit* letztlich zur Prüfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten verpflichtet. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der überwiegende Teil der in der Krankenseinweisungs-Richtlinie aufgeführten Behandlungsalternativen für Vertragspsychotherapeuten gar keine Relevanz hat.

Eine Krankenhausbehandlung ist also grundsätzlich dann erforderlich, wenn das Behandlungsziel mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht erreicht werden kann. Dies ist der Fall, wenn das Behandlungsziel ambulant nicht „zweckmäßig“ und nicht „ohne Nachteil für die Gesundheit des Patienten“ erreicht werden kann. Bei der Beurteilung, ob das Behandlungsziel ambulant erreicht werden kann, muss ferner geprüft werden, ob es dadurch zu erreichen ist, dass andere Vertragsärzte (z. B. FA für Psychiatrie und Psychotherapie) in die Behandlung einbezogen werden oder eine Soziotherapie verordnet wird.

Geht eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung von dem Patienten aus, sollte in jedem Fall eine Krankenseinweisung erfolgen. Eine notfallmäßige Einweisung muss dann umgehend erfolgen, wenn akute Suizidalität oder akute Fremdgefährdung vorliegt, die nicht mehr oder nicht rechtzeitig ambulant behandelt werden kann. In aller Regel hat die Notfalleinweisung in eine stationäre Psychiatrie zu erfolgen, also eine Klinik oder Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In den meisten Kliniken und Fachabteilungen für Psychosomatik stellt akute Suizidalität oder Fremdgefährdung eine Kontraindikation für die stationäre Aufnahme dar. Wenn der Patient nicht bereit ist, sich bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung stationär behandeln zu lassen, es also an der Freiwilligkeit mangelt, sind die landesspezifischen Regelungen zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zu beachten (siehe: Psychisch-Kranken-Gesetze oder Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer). Wenn der Patient einen Betreuer hat, greifen die Regelungen zur betreuungsrechtlichen Unterbringung (§ 1906 BGB, § 1631b BGB). In der Regel ist in diesen Fällen eine Begleitung des Patienten durch die Polizei erforderlich.

Für die Verordnung von Krankenhausbehandlungen verwenden die Vertragspsychotherapeuten die gleichen Formulare wie Vertragsärzte (Vordruck Muster 2). Sofern es sich um eine Notfall-Einweisung handelt, ist dies auf dem Vordruck anzukreuzen.

4. Verordnung von Krankentransporten

Vertragspsychotherapeuten erhalten darüber hinaus das Recht zur Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten. Zu beachten ist insoweit, dass die verordneten Fahrten im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig sein müssen. Diese Notwendigkeit ist beispielsweise zu bejahen bei Fahrten zur stationären Behandlung, wenn eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde und der Patient aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann. Dagegen sind Fahrten zu ambulanten Behandlungen nur unter engen Voraussetzungen verordnungsfähig, z. B. wenn ein Patient schwer körperlich beeinträchtigt ist (z. B. bei bescheinigtem Pflegegrad 3, 4 oder 5). Zu beachten ist weiter, dass sich Patienten die Fahrten zur *ambulanten* Behandlung vorab von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen müssen, damit die Kosten hierfür übernommen werden. Für die Verordnung von Krankentransporten verwenden die Vertragspsychotherapeuten die gleichen Formulare wie Vertragsärzte (Vordruck Muster 4).

II. Haftung und Aufklärung

Der Vertragspsychotherapeut hat im Rahmen aller neuen Befugnisse wie bei der Psychotherapie als solcher den Stand der medizinischen bzw. psychotherapeutischen Wissenschaft zu beachten.

Hinsichtlich der Verordnung von Rehabilitationsleistungen, Sozio-

therapie und Krankenhausbehandlung gelten die von der Rechtsprechung für den Bereich der Arzthaf-tung entwickelten Maßstäbe: Die Behandlung bzw. Verordnung hat nach den Regeln der ärztlichen Kunst und damit dem aktuell gel-tenden medizinischen Standard zu erfolgen; Standard ist, was auf dem betreffenden Fachgebiet dem ge-sicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behand-lung der jeweiligen gesundheitli-chen Störung anerkannt ist. Der definierte Standard kann sich z.B. aus den Leitlinien wissenschaftli-cher Fachgesellschaften oder den Richtlinien des Gemeinsamen Bun-desausschusses (z. B. der Heilmittel- und Soziotherapie-Richtlinie des G-BA) ergeben.

Erfolgt eine Verordnung im Sinne des Arzthaf-tungsrecht nicht lege artis, sieht sich der Psychotherapeu-t dem Vorwurf eines Behand-lungsfehlers ausgesetzt. Schadens-ersatz- und Schmerzensgeldfor-derungen des Patienten sind die Fol-ge, wenn sich der Behandler nicht entlasten kann.

Auch die Aufklärungspflichten sind im Rahmen der Verordnungen zwingend zu beachten. Aus den Berufsordnungen und den durch das Patientenrechtegesetz in das BGB eingeführten Regelungen er-gibt sich, dass Psychotherapeuten einer Aufklärungspflicht gegenüber Patienten über Indikation, Art der Behandlung, Therapieplan, gege-benenfalls Behandlungsalternati-ven und mögliche Behandlungsris-ken unterliegen. Aufklärungsfehler führen nicht selten zu Haftungs-anprüchen mit Verweis auf einen ungerechtfertigten Heileingriff aufgrund mangelnder Aufklärung über Risiken der Behandlung. Fehlt die erforderliche Aufklärung, kann ein Patient nicht wirksam in eine Behandlung einwilligen, d.h. der Heileingriff kann einen Akt der Körperverletzung darstellen, was im Ergebnis zu Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen des Patienten führen kann. Eine

ordnungsgemäße Aufklärung hat immer der Therapeut zu beweisen. Auf eine sorgfältige Aufklärung (und Dokumentation derselben) im Rahmen der Verordnungen ist da-her unbedingt zu achten.

III. Gefahr der Wirtschaft-lichkeitsprüfung

Auch wenn sich aus der Befugnis-erweiterung wohl kein unmittel-barer Zwang ergibt, diese neuen Befugnisse auch auszuschöpfen, ist der Vertragspsychotherapeut doch aufgrund seiner Zulassung zur Teil-nahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet; da diese auch die Verordnung von Heilmitteln, Soziotherapie und Kranken-hausbehandlung umfasst, besteht bei entsprechender Indikation auch eine Pflicht zur Versorgung.

Mit den erweiterten Befugnissen im vorbeschriebenen Sinne geht die Gefahr einher, dass sich der Vertragspsychotherapeut im Rah-men einer Wirtschaftlichkeitsprü-fung für sein Ordnungsverhalten rechtfertigen und - bei Unterliegen im Prüfungsverfahren - Honorare an die KV zurückzahlen muss.

Unter Wirtschaftlichkeitsprüfung versteht man die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behand-lungs- und Ordnungsweise in der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhaus-einweisungen, Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sowie des Umfangs sonstiger, insbesondere aufwendiger medizinischer Lei-stungen. Bei der Wirtschaftlichkeits-prüfung geht es also ausschließlich darum, ob Leistungen oder Ver-ordnungen wirtschaftlich erbracht wurden.

Die Rechtsgrundlagen finden sich in § 106 SGB V in Verbindung mit den jeweiligen Prüfvereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigun-gen und Krankenkassenverbände. Die Prüfung basiert auf dem in § 12 SGB V normierten Wirtschaft-

lichkeitsgebot, wonach Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Leistun-gen, die nicht notwendig oder un-wirtschaftlich sind, können Versi-cherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Kassen nicht bewilligen, so der elementare Grundsatz der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Krankenkassen und KVen sind daher verpflichtet, die Wirt-schaftlichkeit der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten zu überwachen. Das geschieht im Wesentlichen durch Prüfungen bei Vertragsärzten und -psycho-therapeuten, die von einer Prü-fungsstelle vorgenommen werden. Geprüft wird ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut, wenn er mit sei-nem Leistungsverhalten auffällig wird oder wenn er in die Zufalls-stichprobe gerät. Pro Quartal sind mindestens 2 % aller Leistungser-

Pflicht zu Verordnungen bei bestimmten Indikationen, aber immer im Rahmen des Wirtschaftlichkeits-grundsatzes der GKV!



IFT - Gesundheitsförderung
Leopoldstr. 175 · 80804 München
www.ift-gesundheit.de



Verhaltenstherapiewochen 2018

Programme und
Online-Anmeldung
finden Sie im Internet
www.vtwoche.de

Kontakt: Ina Lizon
Tel.: 089 / 36 08 04 94
lizon@ift-gesundheit.de



Hürth bei Köln
16.–19. März 2018
Eröffnungsveranstaltung:
Gender und Ethik – wichtige Aspekte
in der Psychotherapie



Meiringen / Schweiz
23.–25. März 2018
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Entwicklungen in der
Psychotherapie



Dresden
27. April–01. Mai 2018
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Medien in der Psychotherapie –
Chancen und Grenzen in der Praxis



Lübeck
15.–18. Juni 2018
Eröffnungsveranstaltung:
Emotionsregulation



Freiburg
21.–24. September 2018
Eröffnungsveranstaltung:
Scham, die tabuisierte Emotion



München
09.–11. November 2018
Eröffnungsveranstaltung:
Nutzen und Schaden von psychotropen
Substanzen in der Psychotherapie

41 Jahre Verhaltenstherapiewochen

Interdisziplinäre, akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen
für Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich

bringer zu prüfen, wobei nicht nur das Abrechnungsvolumen, sondern auch Überweisungen, Klinikeinweisungen und sonstige Verordnungen prüfrelevant sind.

Nach Abgabe der Quartalsabrechnung wird diese von der zuständigen KV zunächst auf ihre sogenannte sachlich-rechnerische Richtigkeit hin überprüft. Dabei geht es u.a. darum, die erforderlichen fachlichen Qualifikationen hinsichtlich der abgerechneten Gebührensätze zu prüfen oder ob sich die Ziffern z.B. gegenseitig ausschließen. Auch werden Abrechnungen auf Plausibilität hin überprüft (§ 106a SGB V), d.h. untersucht, ob die geltend gemachten Gebührensätze angesichts des damit verbundenen Zeitaufwands plausibel sind. Die sogenannten Prüfzeiten ergeben sich aus dem EBM. Bei Auffälligkeit einer Abrechnung in diesem Sinne veranlasst die KV eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ferner ist es möglich, durch eine sogenannte Zufallsstichprobe einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen zu werden. Außerdem können Kassen und KVen zusätzlich Leistungen nach Durchschnittswerten prüfen oder in ihren Prüfvereinbarungen andere arztbezogene Prüfungen vorsehen.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung liegt bei einer der KV angegliederten Prüfungsstelle; für ihre Errichtung sind Krankenkassen und KVen zuständig. Die Prüfungsstelle nimmt die erste Prüfung vor, wobei dem geprüften Arzt/Psychotherapeuten selbstverständlich rechtliches Gehör einzuräumen ist. Gegen den schriftlichen Bescheid der Prüfungsstelle ist der Rechtsbehelf des


Widerspruchs möglich. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung, d.h. der Regressbetrag ist bis zur Entscheidung über den Widerspruch zunächst nicht zu zahlen. Über diesen Widerspruch entscheidet der Beschwerdeausschuss, wiederum durch schriftlichen Bescheid und auf Grundlage der Stellungnahme des Widerspruchsführers und einer mündlichen Verhandlung. Gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses kann mit einer Klage zum Sozialgericht vorgegangen werden. Allerdings hat diese Klage keine aufschiebende Wirkung, d.h. der Regressbetrag ist nun an die KV zurückzuzahlen; ggf. kann eine Ratenzahlung vereinbart werden. Wenn die Klage am Ende Erfolg hat, ist der Regressbetrag an den Kläger zurückzuzahlen. Erfahrungsgemäß dauern gerichtliche Verfahren vor den Sozialgerichten mehrere Jahre. Die Erfolgsquote liegt bei unter 50 %.

Der Psychotherapeut hat im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelnen darzulegen und nachzuweisen, dass seine Verordnungen – trotz der im Vergleich zu den Durchschnittswerten der Fachkollegen erhöhten Frequenz – wirtschaftlich waren. Als wirtschaftlich ist im Ergebnis eine medizinisch notwendige Leistung bzw. Verordnung anzusehen, die in Qualität und Wirksamkeit dem anerkannten Standard der medizinischen/psychotherapeutischen Erkenntnisse entspricht und geeignet ist, einen Heilerfolg zu bewirken, sofern der von der Leistung/Verordnung erwartete Erfolg in angemessenem Verhältnis zum Aufwand steht. Bei der Beurteilung dieser Frage steht dem Behandler ein relativ großer Spielraum zu; die Beurteilung muss aber in jedem Fall medizinisch vertretbar sein.

Dass sich alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten insoweit aber in einem Spannungsfeld zwischen Therapiefreiheit und Sparzwängen befinden, darf in diesem Zusammenhang nicht übersehen werden, ebenso wenig das daraus folgende

Risiko, dass das Ordnungsverhalten trotz medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall seitens der Prüfungsgremien oftmals im Nachhinein missbilligt wird.

In jedem Fall empfiehlt es sich, anwaltlichen Rat einzuholen, sobald man seitens der Prüfungsgremien auf Auffälligkeiten bei der Abrechnungshäufigkeit bestimmter Gebührenpositionen hingewiesen und zur Stellungnahme aufgefordert wird. Es gilt dann, die Abrechnungsunterlagen und die seitens der Gremien und Krankenkassen übermittelten Daten gründlich zu prüfen und etwa Ausführungen zu Praxisbesonderheiten, der herangezogenen Vergleichsgruppe oder zur individuellen Fallzahl (bei zu geringer Fallzahl verbietet sich z.B. eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten) zu machen.

Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen gilt im Übrigen der Grundsatz „Beratung vor Regress“, d.h. dem Vertragspsychotherapeuten ist bei erstmaliger Auffälligkeit grundsätzlich eine Beratung zu erteilen, bevor ggf. bei wiederholter Überschreitung der Durchschnittswerte der Fachgruppe ein Regress festgesetzt werden kann. Dieser Grundsatz wird oftmals nicht beachtet und ist in jedem Fall anzugreifen. Allerdings ist festzustellen, dass wegen der zeitlichen Verschiebungen – Ordnungsregresse sind noch vier Jahre nach dem Ende des Ordnungszeitraumes möglich – ein „Gegensteuern“ im Ordnungsverhalten oft gar nicht mehr möglich ist. Es gilt also, im Vorfeld einer Verordnung im Sinne der erweiterten Befugnisse diese auf ihre Erforderlichkeit und medizinische Notwendigkeit hin kritisch zu überprüfen, denn eine bestmögliche Versorgung des Patienten aus Sicht des Therapeuten ist oftmals nicht gleichbedeutend mit einer wirtschaftlichen Behandlungs- und Ordnungsweise im Sinne der GKV. 



Dr. Kathrin Nahmmacher

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht und Partnerin in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater. Sie ist ausschließlich in diesem Spezialgebiet tätig, berät und vertritt Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten und ist Autorin medizinrechtlicher Publikationen.