

14. August 2025

Verordnung Aktuell

Psychotherapeuten dürfen Rehabilitations-Maßnahmen verordnen

Die Rehabilitations-Richtlinie regelt die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärztinnen und –ärzte sowie von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden

- Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Erwachsene
- Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Kinder und Jugendliche
- Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie (im Folgenden bezeichnet als Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten)¹

Der Umfang des Ordnungsrechts der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten richtet sich nach deren berufsrechtlich geregelter Kompetenz. Das heißt, Psychotherapeutinnen und -therapeuten dürfen **spezielle Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation** verordnen. Darunter sind Leistungen der psychosomatischen Reha als auch der psychiatrischen Reha (Rehabilitationsleistungen für psychisch Kranke/RPK) zu verstehen.

Außerdem darf eine psychotherapeutische Reha nur Patientinnen und Patienten verordnet werden, die an einer **psychischen Erkrankung oder einer Verhaltensstörung** leiden.

Abstimmung mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt

Bei Indikationen sowohl nach der Psychotherapie-Richtlinie (z. B. depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen) als auch bei Indikationen der neuropsychologischen Therapie (z. B. organisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile (asthenische) Störung) ist **keine** gesonderte Abstimmung mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt nötig.

¹ Vertragsärztinnen und -ärzte, die zugleich eine Zulassung als Psychotherapeutin oder -therapeut besitzen, waren bisher schon ordnungsberechtigt und sind von der Änderung nicht betroffen.

Für alle übrigen Indikationen in Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM muss eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt erfolgen. Unabhängig davon muss die Vertragspsychotherapeutin oder der -therapeut bei allen Indikationen prüfen, ob somatische Ursachen bestehen, die vor der Reha-Verordnung ärztlich abzuklären sind.

Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten müssen vertragsärztliche Angaben heranziehen, bevor sie eine Reha verordnen. Dies gilt insbesondere für weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen, für die bisherigen ärztlichen Interventionen, ggf. Risikofaktoren und andere ärztlich veranlasste Leistungen einschließlich Arzneimitteltherapie. Die Regelung soll sicherstellen, dass Verordnungen durch Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten die für eine Entscheidung der Krankenkasse über eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlichen ärztlich vorzunehmenden Einschätzungen enthalten und Rückfragen in der Regel vermieden werden. Sofern die Informationen noch nicht vorliegen, müssen Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten die entsprechenden Befunde einholen und sie auf Muster 61 angeben.

Vordruckmuster 61

Maßnahmen zur Rehabilitation werden auf dem Vordruckmuster 61 verordnet. Das Muster 61 kann über den Kohlhammer-Verlag bezogen werden.

Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob die gesetzliche Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger (z. B. Rentenversicherung) für die Bewilligung der Reha zuständig ist, können Sie dies vorab von der Krankenkasse klären lassen. Hierzu gibt es einen Teil A des Musters 61. Die Verordnung medizinischer Reha erfolgt auf Teil B bis D des Vordrucks Muster 61.

In § 8 der Richtlinie ist festgelegt, was im Vordruck Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen ist, nämlich

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen,
- welche umwelt- und personenbezogenen Faktoren (einschließlich mütter- und väterspezifischer Kontextfaktoren bei Leistungen nach § 41 SGB V) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben und
- welche medizinischen Risikofaktoren bestehen.

Abrechnung

Die Vergütung der Leistung nach der **GOP 01611** – Verordnung med. Rehabilitation – erfolgt für alle abrechnungsberechtigten Vertragsärztinnen bzw. -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten befristet außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Bewertung bleibt unverändert.

Wir halten Sie up to date.

Ihre KVB



Weitere Infos rund um Verordnungen:

→ www.kvb.de/mitglieder/verordnungen



KVB Servicecenter

Kurze Frage – direkte Antwort

089 / 570 93-400 10

Mo–Do 7:30–17:30 Uhr und Fr 7:30–16:00 Uhr

KVB Beratungszentrum

Terminwunsch für ausführliche Beratung

→ www.kvb.de/mitglieder/beratung

Mo–Do 8:00–16:00 Uhr und Fr 8:00–13:00 Uhr