

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Situation	Finanzierung SGB V	Gesetzestext	Bundesland	Kommune	Referenzname/Model
<p>Eltern oder Elternteil fallen aus (z. B. Klinikaufenthalt) kurze Zeit (bei Kindern bis 12 Jahre) längere Zeit</p>	<p>§ 38 SGB V Haushaltshilfe (1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Antrag der Eltern erforderlich</p>	<p>§ 38 SGB V Haushaltshilfe (1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen. Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus. (2) Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts</p>	Bundesweit		Alle Krankenkassen

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.</p> <p>(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.</p> <p>(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaussfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.</p> <p>(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.</p>			
<p>Betreuung tagsüber erforderlich (z. B. Entlastung der Eltern)</p>	<p>§ 38 SGB V Haushaltshilfe (1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte</p>	<p>§ 38 SGB V Haushaltshilfe (1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für</p>	Bundesweit		Alle Krankenkassen

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

	<p>Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Antrag der Eltern erforderlich</p>	<p>die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen. Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.</p> <p>(2) Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.</p> <p>(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.</p> <p>(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Schwäger bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.</p> <p>(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.</p>			
--	--	--	--	--	--

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

<p>Stärkung der elterlichen Kompetenz Familienbildung</p>	<p>§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung Absatz 3 . 3 – 3. 8 Regelleistungen der Krankenkassen wie Ernährungsberatung, Bewegungsangebote u.ä.</p>	<p>§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde. (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür</p>	<p>Bundesweit</p>		<p>Die Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen prüft und zertifiziert Präventionsangebote nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V und bedient sich dabei der Zentrale Prüfstelle Prävention. Beispiel JolinchenKids AOK</p>
--	--	---	-------------------	--	---

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.</p> <p>(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln, 2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen, 3. Tabakkonsum reduzieren, 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, 5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken, 6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln, 7. gesund älter werden und 8. Alkoholkonsum reduzieren. 			
<p>Erholung/ Kräftigung der elterlichen Kräfte Familienfreizeit, Familienerholung</p>	<p>§ 24 SGB Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter § 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter Antrag der Eltern erforderlich</p>	<p>§ 24 SGB V Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (1) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Muttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend. (2) § 23 Abs. 5 gilt entsprechend.</p>	Bundesweit		Muttergenesungswerk

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.</p> <p>(4) (weggefallen)</p> <p>§ 41 SGB V Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter</p> <p>(1) Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.</p> <p>(2) § 40 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.</p> <p>(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.</p> <p>(4) (weggefallen)</p>			
Eltern-Kind-Gruppe	<p>§ 112 SGB V Gemeinsame Gruppe z.B. in der Klinik</p>	<p>§ 112 SGB V Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung</p> <p>(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankentraäger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.</p>	NRW	Hamm	LWL- Universitätsklinik Hamm der Ruhruniversität Bochum

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>(2) Die Verträge regeln insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der <ol style="list-style-type: none"> a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten, b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen, 2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können, 3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, 4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus, 			
<p>Förderung präventiver Maßnahmen</p>	<p>§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung Mit KK vor Ort auszuhandeln</p>	<p>20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung</p> <p>(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.</p> <p>(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen der Menschen mit Behinderung einheitliche</p>	Bundesweit		<p>Die Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen prüft und zertifiziert Präventionsangebote nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V und bedient sich dabei der Zentrale Prüfstelle Prävention. Beispiel JolinchenKids AOK</p>

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.</p>			
<p>Aufsuchende Unterstützung und Therapie der Familien</p>	<p>§ 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen Angebot für Familien, in denen ein Elternteil psychisch krank ist mit minderjährigen Kindern. Beratung, Vermittlung und Begleitung. Systemische Familientherapie für (...)–ambulant im Rahmen der PIA</p>	<p>§ 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen (1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen. § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen</p>	Bayern	Günzburg	<p>Bezirkskliniken Schwaben Bezirkskrankenhaus Günzburg Psychiatrische Institutsambulanz</p>

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>(1) Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten, ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden, und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet. Die Vergütung der von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeeinrichtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, wird vom Krankenhausträger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.</p> <p>(1a) Ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und</p>			
--	--	--	--	--	--

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar vergütet. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 geregelt. Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für dieses Jahr in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern. Der jeweilige Minderungsbetrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Summe der für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen.</p> <p>(2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz</p>			
--	--	--	--	--	--

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden. Sie muss die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 zu berücksichtigen. Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen.</p> <p>(3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, der medizinischen Behandlungszentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen, die sozial-pädiatrischen Zentren und die medizinischen Behandlungszentren von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart. Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum 23. Januar 2016 bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation.</p>			
--	--	---	--	--	--

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Beratung der Kinder und Jugendlichen	§ 43a SGB V Angehörigenarbeit durch die Kliniken im Rahmen des Klinik - Budgets. Erweiterung auf Angehörigenarbeit mit Kindern	§ 43a SGB V Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt. (2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.	Rheinland-Pfalz	Mainz	Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Förderangebote für Kinder	§ 43a SGB V nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (Diagnostik, Ergotherapie, Krankengymnastik)	§ 43a SGB V Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt. (2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.	Rheinland-Pfalz	Mainz	Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Behandlung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen	Sozialpsychiatrie – Vereinbarung § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V § 1 Grundsatz (1) Diese Vereinbarung dient der Förderung einer		Rheinland-Pfalz	Mainz	Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

	<p>qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei der gezielte Aufbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind, im Katalog der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen jedoch nicht aufgeführt werden.</p>				
<p>Beratung/Begleitung der Eltern</p>	<p>§ 140 a SGB V Besondere Versorgung</p>	<p>§ 140a SGB V Besondere Versorgung (1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche</p>	<p>NRW</p>	<p>Kreis Viersen</p>	<p>„Netzwerk psychische Gesundheit“, beteiligt sind AOK, KKH, TK sowie einige Betriebskrankenkassen</p>

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018
SGB V

		Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.			
Psychotherapeutische Beratung der Eltern/Familien	Beratungsprogramm "Kinder kranker Eltern" § 140a SGB V & 73 a SGB V Das Gemeinschaftsprojekt "Kinder kranker Eltern" der AOK Bayern, der Psychotherapeutenkammer Bayern und der KVB besteht seit dem 1. Januar 2011. Es soll Familien mit einem schwer kranken Elternteil bei der Kommunikation mit den eigenen Kindern unterstützen. Das Programm gilt auch für Versicherte folgender Krankenkassen: Siemens BKK (seit 1. Januar 2014) DAK (seit 1. Januar 2016) BMW BKK (seit 1. Januar 2017) Um das Beratungsprogramm in	§ 140a SGB V Besondere Versorgung (1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. § 73a SGB V Strukturverträge Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten	Bayern		Modell AOK Bayern, der SBK, der DAK sowie der BMW BKK

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

	<p>Anspruch zu nehmen, ist keine Überweisung nötig. Eltern können einfach mit Hilfe der Arzt-/Psychotherapeutensuche der KVB einen passenden Arzt oder Psychotherapeuten in der Nähe suchen, kontaktieren und einen Termin vereinbaren. Darüber hinaus steht auch die Koordinationsstelle Psychotherapie der KVB zur Verfügung, um beispielsweise einen Therapieplatz zu vermitteln.</p>	<p>oder veranlaßten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen; § 71 Abs. 1 gilt. Sie können für nach Satz 1 bestimmte Leistungen ein Budget vereinbaren. Das Budget umfaßt Aufwendungen für die von beteiligten Vertragsärzten erbrachten Leistungen; in die Budgetverantwortung können die veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden. Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen können die Vertragspartner von den nach § 87 getroffenen Leistungsbewertungen abweichen. Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten ist freiwillig.</p>			
<p>Ergänzende Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern</p>	<p>§ 140a SGB V Die Vereinbarung soll den Familien, insbesondere auch den Kindern schwer erkrankter Eltern eine Unterstützung in Form einer psychotherapeutischen Beratungsleistung bieten. Ziel der Vertragspartner ist die Vermeidung von psychischen Störungen bei Familien, insbesondere Kindern, in deren Familien</p>	<p>§ 140a SGB V Besondere Versorgung (1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4</p>	Bremen	Bremen	Modell „Kinder kranker Eltern“ KV Bremen und TK Hamburg

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

	durch das Auftreten einer schweren Erkrankung eines Elternteils ein hohes Risikopotenzial besteht. § 1 Anspruchsberechtigte Versicherte Anspruchsberechtigt sind TK-Versicherte Eltern, die an einer Diagnose gemäß Anlage 1 erkrankt sind und deren Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.			
Beratung/Begleitung von Eltern	§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe Ist ausschließlich durch freiberuflichen Hebammen möglich	§ 134a SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen, die Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe einschließlich der Verpflichtung der Hebammen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen. Die Vertragspartner haben dabei den Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe unter Einbeziehung der in § 24f Satz 2 geregelten Wahlfreiheit der Versicherten und deren	Schleswig - Holstein	Kreis Plön	Brücke Schleswig – Holstein gGmbH in Kooperation mit freiberuflichen Hebammen

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		Qualität, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen. Bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen nach Satz 2 sind insbesondere Kostensteigerungen zu beachten, die die Berufsausübung betreffen.			
Psychotherapeutische Begleitung der Eltern	§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (6a)	§ 92 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln. Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.	Bundesweit		Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) oder deren Landesverbände

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Ärztliche Begleitung der Eltern	§ 73 SGB V Kassenärztliche Versorgung	<p>§ 73 SGB V Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung</p> <p>(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen, 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, 3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, 4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen. 	Bundesweit		Deutscher Hausärzterverband e.V.
Gruppen und Beratungsangebote bei stationärer/ teilstationärer Behandlung der Eltern	§ 112 SGB V Im Rahmen der Klinikbehandlung Gruppenangebot für Eltern Sozialdienst in Klinik	<p>§ 112 SGB V Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung</p> <p>(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.</p> <p>(2) Die Verträge regeln insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der <ol style="list-style-type: none"> a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten, 	Bayern	Günzburg	Bezirkskliniken Schwaben Bezirkskrankenhaus Günzburg Psychiatrische Institutsambulanz

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018
SGB V

		<p>b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen, 2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können, 3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, 4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,</p>			
<p>Ambulante Behandlungsangebote für Eltern</p>	<p>§ 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen § 37 a SGB V Soziotherapie</p>	<p>§ 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen (1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen. (2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer</p>	Bayern	Günzburg	<p>§ 118 SGB V Bezirkskliniken Schwaben Bezirkskrankenhaus Günzburg Psychiatrische Institutsambulanz</p>

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Absatz 1 Satz 3 gilt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend.</p> <p>(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen entsprechend. In dem Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 regeln die Vertragsparteien auch,</p> <ol style="list-style-type: none">1. unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere weil sie eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen,2. besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie3. das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind. <p>Die ambulante ärztliche Behandlung in einer Einrichtung nach Satz 1 kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die Überweisung soll in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder durch</p>			
--	--	---	--	--	--

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

		<p>Ärzte mit äquivalenter Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung erfolgen</p> <p>§ 37a SGB V Soziotherapie</p> <p>(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.</p> <p>(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none">1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer. <p>(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.</p>			
--	--	---	--	--	--

Synopse von Hilfsangeboten und Finanzierungswegen

"Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern" – Regelfinanzierung: Stand der Dinge 2018

SGB V



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Aufsuchende Familientherapie (AFT) für alle Familienmitglieder	§ 13 Absatz 3 SGB V	§ 13 SGB Absatz 3 Kostenerstattung (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet.	Bundesweit		Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) oder deren Landesverbände
---	----------------------------	--	------------	--	--

Diese Synopse erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Gewährleistung von Rechtssicherheit

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Köln 31.12.2018