

## AUSFÜLLHILFE: FORMBLATT PTV 1 – ANTRAG AUF 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="3" 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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Name und Anschrift der Krankenkasse</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Name und Anschrift der Krankenkasse			<p><b>Antrag auf Psychotherapie</b></p> <p><b>PTV 1</b></p> <p></p> <p><b>Hinweise zur Mitwirkungspflicht</b> Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigt die Krankenkasse von Ihnen einige wichtige Informationen. Ihre Mitwirkung ist in den Paragraphen 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihr'e Therapeut*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.</p> <p><b>Kostenträger</b> In bestimmten Fällen übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern ein anderer Kostenträger die Psychotherapie (z. B. bei Folgen eines Unfalls).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Unfallversicherung).</p> <p><b>Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht</b> für</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie      <input checked="" type="checkbox"/> als Einzeltherapie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Systemische Therapie      <input checked="" type="checkbox"/> Gruppentherapie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie      <input checked="" type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie</p> <p><b>Ich beantrage die Psychotherapie als</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Erstantrag      <input checked="" type="checkbox"/> Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)</p> <p><b>Bei Erstanträgen bitte angeben:</b> Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar am <b>TTMMJJ</b> und ggf. am <b>TTMMJJ</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)</p> <p>Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Ausfertigung Krankenkasse</b></p> <p style="text-align: right;">Ausstellungsdatum <b>TTMMJJ</b></p> <p style="text-align: right;">Unterschrift Versicherte*, ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																			
Name, Vorname des Versicherten																			
geb. am																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																	
Name und Anschrift der Krankenkasse																			

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. Angabe zu ggf. anderem Kostenträger

Ist zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits bekannt, dass ein anderer Kostenträger (Unfallversicherung bei Folgen eines Unfalls, Entschädigungen nach Bundesversorgungsgesetz oder Opferentschädigungsgesetz etc.) die Kosten für die Psychotherapie übernimmt oder ggf. übernimmt, gibt dies die oder der Versicherte hier an. Die Krankenkasse kann dann eine Zuordnung des Antrags vornehmen und mit der oder dem Versicherten diesbezüglich Kontakt aufnehmen. Die Angabe zum Kostenträger ist nicht zwingend erforderlich und kann auch nach dem Erstantrag noch erfolgen, z. B. mit einem Folgeantrag während laufender Psychotherapie.

### 2. Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für / als

Die oder der Versicherte beantragt hier die Feststellung der Leistungspflicht für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren und eine bestimmte Anwendungsform. Nach Absprache mit der Therapeutin oder dem Therapeuten gibt sie oder er an, ob eine Analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie beantragt wird. Darüber hinaus gibt sie oder er an, ob die Psychotherapie als Einzeltherapie, Gruppentherapie oder als eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beantragt wird.

### 3. Ich beantrage die Psychotherapie als

Die oder der Versicherte gibt an, ob es sich um einen Erstantrag handelt oder um einen Folgeantrag. Ein Erstantrag ist ein erstmaliger Antrag auf Kurzzeittherapie (z. B. bei Kurzzeittherapie 1) oder ein Erstantrag auf Langzeittherapie. Auch ein erstmaliger Antrag nach bereits erfolgter Akutbehandlung ist ein Erstantrag. Folgeantrag ist dann anzugeben, wenn es sich um die Umwandlung oder Fortführung einer laufenden Psychotherapie handelt. Dies kann bei der Kurzzeittherapie 2 der Fall sein, bei einer Umwandlung in Langzeittherapie oder bei einer Fortführung der Langzeittherapie. Wird ein Änderungsantrag gestellt – z. B. von Einzeltherapie in Gruppentherapie – ist ebenfalls Folgeantrag anzugeben.

### 4. Bei Erstanträgen bitte angeben

Handelt es sich um einen Erstantrag, sind zusätzliche Angaben zu machen. Zunächst ist anzugeben, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt wurde. Wenn ja, muss das Datum der letzten Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) angegeben werden. Die Durchführung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde ist vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend. Wird hier „nein“ angekreuzt, ist anzugeben, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde im Ausnahmefall nicht erforderlich ist; dies kann dann der Fall sein, wenn die oder der Versicherte mit einer Diagnose gemäß Paragraf 27 der Psychotherapie-Richtlinie aus stationärer oder rehabilitativer Behandlung entlassen wurde. Darüber hinaus gibt die oder der Versicherte an, ob vor dem jetzigen Antrag in den letzten zwei Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (Akutbehandlung, KZT1, KZT2 und/oder Langzeittherapie) durchgeführt wurde.

## MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Psychotherapie: [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie)

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: [www.kbv.de/html/formulare.php](http://www.kbv.de/html/formulare.php)

## AUSFÜLLHILFE: FORMBLATT PTV 2 – ANGABEN THERAPEUT\*IN

Name und Anschrift der Krankenkasse		Angaben Therapeut*in										PTV 2		
		<b>1 Chiffre Patient*in</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anfangsbuchstabe des Familiennamens   Geburtsdatum 6-stellig												
		<b>2 Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.												
<b>3 Psychotherapie</b> <input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw) <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (Kiju) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP) <input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)												<input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) <input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als <input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Umwandlung <input type="checkbox"/> Fortführung	<input type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie <input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit <input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie <input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen	
<b>4 Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt</b> <input type="checkbox"/> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <input type="text"/> , <input type="text"/> , <input type="text"/>														
<b>5 Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt</b> <input type="checkbox"/> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <input type="text"/> B, <input type="text"/>														
<b>6 Bei Erstanträgen angeben:</b> <input type="checkbox"/> Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt <b>Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:</b> <input type="checkbox"/> Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen: 1. Sitzung am <b>T T M M J J</b> 2. Sitzung am <b>T T M M J J</b>												<b>7 Bei Anträgen auf LZT angeben:</b> Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden <input type="checkbox"/> ja, mit voraussichtlich <input type="text"/> Therapieeinheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht absehbar <input type="checkbox"/> ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich		
<b>8 Bisheriger Behandlungsumfang</b> <b>Einzelbehandlung</b> <input type="checkbox"/> Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) <input type="text"/> , <input type="text"/> , <input type="text"/> , <input type="text"/>														
<b>Gruppenbehandlung</b> <input type="checkbox"/> Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten) <input type="text"/> , <input type="text"/> , <input type="text"/> , <input type="text"/>														
<b>Akutbehandlung</b> <input type="checkbox"/> Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)														
<b>9 Letztes Gutachten durch</b> Name <input type="text"/> <b>Datum des Gutachtens</b> <b>T T M M J J</b>														
<b>10 Erklärung Therapeut*in</b> <input type="checkbox"/> Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.												<b>Ausstellungsdatum</b> <b>T T M M J J</b> <small>Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V</small>		
<b>Ausfertigung Krankenkasse</b>												<small>Muster PTV 2a (7.2020)</small>		

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. Chiffre Patient\*in

Geben Sie hier die Chiffre der Patientin oder des Patienten an, die die pseudonymisierte Weitergabe der Ausfertigung des Formblatts PTV2b für die Gutachterin oder den Gutachter gewährleistet. Die Chiffre besteht aus dem 1. Anfangsbuchstaben des Familien- bzw. Nachnamens der Patientin oder des Patienten sowie dem Geburtsdatum im Format TTMMJJ.

### 2. Diagnose(n)

Hier müssen die für die Begründung des Antrags der Patientin oder des Patienten maßgeblichen Diagnose(n) als ICD-10-GM-Codes angegeben werden. Im ggf. erforderlichen Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter sollen alle gestellten Diagnosen angegeben werden. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Sub-codes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben. Für einen Antrag auf Psychotherapie ist in der Regel mindestens eine gesicherte Diagnose erforderlich (z. B. „F32.1 G“). Handelt es sich bei der Patientin oder dem Patienten um einen Erwachsenen mit Intelligenzminderung (Diagnose nach F70-F79 ICD-10-GM), muss dies ebenfalls angegeben werden, wenn die für diese Personengruppe vorgesehnen zusätzlichen Kontingente für den Einbezug von Bezugspersonen beantragt werden.

### 3. Psychotherapie: Altersgruppe, Psychotherapieverfahren, Antragsart, Setting

Spezifizieren Sie hier für den Antrag der Patientin oder des Patienten, um was für einen Antrag es sich handelt. Systemische Therapie (ST) kann nur für Erwachsene beantragt werden. Wird die Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten durchgeführt, sind von beiden Therapeutinnen oder Therapeuten die gleichen Angaben zu Antragsart und Behandlungssetting anzugeben und es ist zusätzlich das Feld „Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut\*innen“ anzukreuzen.

### 4. Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Geben Sie hier die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten für die Patientin oder den Patienten im jeweiligen Bewilligungsschritt an. Die Gesamtanzahl kann sich nur auf die Einzeltherapie, nur auf die Gruppentherapie oder auf eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beziehen. Die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten darf die Grenzen des Bewilligungsschritts nach den Paragrafen 29 und 30 der Psychotherapie-Richtlinie nicht überschreiten (eine Unterschreitung ist möglich). Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Im Therapieverlauf bereits durchgeführte Therapieeinheiten der Akutbehandlung, KZT1, KZT2 und LZT müssen abgezogen werden. Zusätzlich zur Gesamtanzahl geben Sie die entsprechenden GOPen des EBM an, auf die sich die beantragten Therapieeinheiten beziehen.

**Besonderheit bei Gruppentherapie:** Geben Sie bei der Beantragung von Therapieeinheiten für die Gruppentherapie im Rahmen einer Gruppen- oder Kombinationsbehandlung die jeweilige GOP der Gruppentherapieleistung mit einem „X“ an fünfter Stelle an; die Gruppengröße muss bei Antragstellung nicht festgelegt werden. Wird die Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten beantragt, gibt jede Therapeutin oder jeder Therapeut nur das von ihr oder ihm selbst durchzuführende Kontingent an (GOP entweder für Einzeltherapie oder für Gruppentherapie), wobei die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten beider Therapeutinnen oder Therapeuten zusammengenommen die Grenzen des Bewilligungsschritts nach den Paragrafen 29 und 30 der Psychotherapie-Richtlinie nicht überschreiten darf. Die Vorgaben zur gemeinsamen Antragstellung bei zwei Therapeutinnen oder Therapeuten gemäß Paragraf 11 Absatz 9 Psychotherapie-Vereinbarung sind zu beachten.

## **5. Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt**

Zusätzliche Therapieeinheiten für den Einbezug von Bezugspersonen können nur für Kinder und Jugendliche im Sinne des Paragraphen 1 Absatz 4 der Psychotherapie-Richtlinie sowie für Erwachsene mit Intelligenzminderung beantragt werden. Bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung ist das Vorliegen einer Diagnose nach F70-79 ICD-10-GM Voraussetzung und muss bei den Diagnosen (siehe Punkt 2) angegeben werden.

Geben Sie in dieser Zeile die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten für Einbezug von Bezugspersonen im jeweiligen Bewilligungsschritt an. Der Einbezug von Bezugspersonen ist im Rahmen einer Richtlinientherapie sowohl in Einzel- als auch in Gruppenkontakte (der Bezugspersonen) möglich; die beantragten GOP für die Bezugspersonen in dieser Zeile müssen nicht zwangsläufig dem beantragten Setting der psychotherapeutischen Behandlung der Patientin oder des Patienten entsprechen (siehe hierzu § 11 Abs. 10 und Abs. 11 Psychotherapie-Vereinbarung). Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Zusätzlich zur Gesamtanzahl geben Sie bitte die entsprechenden GOPen an, auf die sich die beantragten Therapieeinheiten beziehen.

## **6. Bei Erstanträgen angeben / Bei Erst- und Umwandlungsanträge angeben**

Bei Erstanträgen geben Sie bitte an, ob innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie durchgeführt wurde. Ist dies der Fall, so wird der Antrag von der Krankenkasse einer Gutachterin oder einem Gutachter zur Prüfung vorgelegt (gutachtenpflichtiger Antrag).

Bei Erst- und Umwandlungsanträgen sind die Daten der 1. und 2. verpflichtenden probatorischen Sitzungen im Format TTMMJJ anzugeben. Ein Antrag ist bereits nach der ersten durchgeföhrten probatorischen Sitzung möglich, wenn für die zweite probatorische Sitzung bereits ein Termin mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart ist. Die Angabe des Datums der 2. Sitzung kann zum Zeitpunkt der Antragstellung in der Zukunft liegen. Vor Beginn der beantragten Psychotherapie müssen beide Sitzungen durchgeführt worden sein.

## **7. Bei Anträgen auf LZT angeben**

Wird ein Erst-, Umwandlungs-, oder Fortführungsantrag auf Langzeittherapie gestellt, sind Angaben zur Durchführung einer Rezidivprophylaxe zu machen. Soll eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden (Angabe „ja“), ist die voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten anzugeben (siehe hierzu § 14 Psychotherapie-Richtlinie). Wird in gutachtenpflichtigen Anträgen „noch nicht absehbar“ angegeben, ist hierzu eine Begründung im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter erforderlich.

## **8. Bisheriger Behandlungsumfang**

Geben Sie hier die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits mit der Patientin oder dem Patienten durchgeföhrten Therapieeinheiten an. Hierbei ist zwischen der Anzahl der Therapieeinheiten in der Einzelbehandlung einer Kurz- und/oder Langzeittherapie (in 50-Minuten-Schritten), in der Gruppenbehandlung einer Kurz- und/oder Langzeittherapie (in 100-Minuten-Schritten) und in der Akutbehandlung (in 50-Minuten-Schritten) zu trennen. Zusätzlich sind bei Kurz- oder Langzeittherapie die zugehörigen GOPen der bereits durchgeföhrten Therapieeinheiten anzugeben. Bitte geben Sie nur die mit der Patientin oder dem Patienten durchgeföhrten Therapieeinheiten an (Patientenkontingent). *Die Hinzuzählung von zusätzlichen, nur für die Einbeziehung von Bezugspersonen beantragten und durchgeföhrten Therapieeinheiten (bei Kindern und Jugendlichen oder ggf. Erwachsenen mit Intelligenzminderung) ist für die Angabe des bisherigen Behandlungsumfangs nicht vorgesehen.* Die zusätzliche Angabe eines „B“, wenn in diesem Patientenkontingent ggf. Bezugspersonen einbezogen waren, ist nicht erforderlich.

## **9. Letztes Gutachten durch**

Hat vor dem Zeitpunkt der jetzigen Antragstellung bereits eine Gutachterin oder ein Gutachter zu der laufenden Behandlung Stellung genommen, so sind hier der Name der Gutachterin oder des Gutachters und das Datum der letzten Stellungnahme (Gutachten) anzugeben.

## **10. Erklärung Therapeut\*in**

Durch das Ankreuzen erklären Sie, dass Sie die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung (u. a. Psychotherapie-Richtlinie, Psychotherapie-Vereinbarung sowie weitere Bestimmungen im Bundesmantelvertrag – Ärzte) durchführen und von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderlichen Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung erhalten haben.

Bei Durchführung der Psychotherapie durch Teilnehmende einer Aus- oder Weiterbildung ist diese Erklärung ebenfalls durch die oder den Teilnehmende/n der Aus- und Weiterbildung zu bestätigen; in diesem Fall ist im Unterschriftenfeld der Stempel und die zusätzliche Unterschrift der Ambulanz gemäß Paragraph 117 Absatz 3 SGB V bzw. der Person erforderlich, die die Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung hat (z. B. der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers mit einer bzw. einem genehmigten Weiterbildungsassistentin bzw. -assistenten). Aus den Antragsunterlagen und/oder im Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter muss eindeutig hervorgehen, wer die Psychotherapie durchführt und wer die Fallverantwortung hat (z. B. zuständige\*r Supervisor\*in).

## **MEHR INFORMATIONEN**

Themenseite Psychotherapie: [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie)

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: [www.kbv.de/html/formulare.php](http://www.kbv.de/html/formulare.php)

## AUSFÜLLHILFE: FORMBLATT PTV 5 – GUTACHTEN

<p>1 <input type="checkbox"/> Name und Anschrift Therapeut*in</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Name und Anschrift Krankenkasse</p>	<p><b>Gutachten</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Chiffre Patient*in <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>   Anfangsbuchstabe des Familiennamens   Geburtsdatum 6-stellig</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Bearbeitungsnummer der Krankenkasse <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>																					<p><b>PTV 5</b></p> 																																																												
<p>3 Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den Antrag auf Psychotherapie <input type="checkbox"/> als erfüllt anzusehen <input type="checkbox"/> als nicht erfüllt anzusehen</p>																																																																																		
<p>4 Für die KZT1, KZT2 oder LZT</p> <p>insgesamt beantragt <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>insgesamt befürwortet <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>																																																																																		
<p>5 Für den Einbezug von Bezugspersonen</p> <p>insgesamt beantragt <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>B</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>B</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>insgesamt befürwortet <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>B</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>, <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>B</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>																							B										B																														B										B									
B																																																																																		
B																																																																																		
B																																																																																		
B																																																																																		
<p>6 Begründung nur für Therapeut*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																																																																		
<p>7 Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen</p> <p><input type="checkbox"/> Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind</p> <p><input type="checkbox"/> Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar</p> <p><input type="checkbox"/> Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie</p> <p><input type="checkbox"/> Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen</p> <p><input type="checkbox"/> Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen bei der Patientin oder beim Patienten oder die Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten</p>																																																																																		
<p>ggf. Erläuterung</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																																																																		
<p>Ausstellungsdatum <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table></p> <p>Stempel / Unterschrift Gutachter*in</p>			T	T	M	M	J	J																																																																										
T	T	M	M	J	J																																																																													
<p>Ausfertigung Therapeut*in</p>																																																																																		

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. Von der Krankenkasse zu übermittelnde Angaben

Das Formblatt PTV 5 wird für Gutachten und Zweitgutachten genutzt. Die Krankenkasse teilt der von ihr beauftragten Gutachterin oder dem von ihr beauftragten Gutachter Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten, Name und Anschrift der Krankenkasse für die Rücksendung, eine dem Gutachten-auftrag zugehörige Bearbeitungsnummer der Krankenkasse, die zugehörige Chiffre der Patientin oder des Patienten sowie das Eingangsdatum des Antrags der Patientin oder des Patienten bei der Krankenkasse mit.

### 2. Bericht Therapeut\*in vom / Eingangsdatum Gutachter\*in

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt hier im Format TTMMJJ das Datum des von der Therapeutin oder vom Therapeuten erstellten Berichts an und das Datum, an dem der Gutachten- oder Zweitgutachtauftrag bei ihr oder ihm eingetroffen ist.

### 3. Gutachterliche Einschätzung: Erfüllung der Voraussetzung für die Leistungspflicht

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt an, ob für den vorliegenden Antrag ihrer oder seiner Einschätzung nach und unter Beachtung von § 70 SGB V die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung als erfüllt oder als nicht erfüllt anzusehen sind.

### 4. Für die KZT1, KZT2 oder LZT

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt die Gesamtanzahl der beantragten und die Gesamtanzahl der von ihr oder ihm befürworteten Therapieeinheiten mit den dazugehörigen GOPen an. Die Gesamtanzahl kann sich nur auf die Einzeltherapie, nur auf die Gruppentherapie oder auf eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beziehen. Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Andere als die beantragten GOPen können nicht befürwortet werden.

### 5. Für den Einbezug von Bezugspersonen

Die Gutachterin oder der Gutachter gibt die Gesamtanzahl der beantragten und die Gesamtanzahl der von ihr oder ihm befürworteten Therapieeinheiten für den Einbezug von Bezugspersonen mit den dazugehörigen GOPen an. Die Gesamtanzahl kann sich nur auf die Einzeltherapie, nur auf die Gruppentherapie oder auf eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie beziehen. Der Einbezug von Bezugspersonen ist im Rahmen einer Richtlinientherapie sowohl in Einzel- als auch in Gruppenkontakten (der Bezugspersonen) möglich; die beantragten GOPen für die Bezugspersonen in dieser Zeile müssen nicht zwangsläufig dem beantragten Setting der psychotherapeutischen Behandlung der Patientin oder des Patienten entsprechen (siehe hierzu § 11 Abs. 10 und Abs. 11 Psychotherapie-Vereinbarung). Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung. Andere als die beantragten GOPen können nicht befürwortet werden.

### 6. Begründung nur für Therapeut\*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Die Gutachterin oder der Gutachter begründet ihre oder seine Stellungnahme für die Therapeutin oder den Therapeuten im Freitextfeld unter besonderer Beachtung von fachlich-inhaltlichen Aspekten. Diese Begründung darf nicht an die Krankenkasse übermittelt werden.

### 7. Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

Die Gutachterin oder der Gutachter begründet ihre oder seine Stellungnahme für die Krankenkasse durch Auswahl und ggf. Erläuterung der für ihre oder seine Einschätzung maßgeblichen Punkte. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Bei Nicht- und Teilbefürwortung muss die Gutachterin oder der Gutachter mindestens eine Kurzbegründung angeben und/oder nutzt das Freitextfeld für eine Erläuterung. Im Freitextfeld sind die Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse sowie die besonders schützenswerte Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut zu beachten.

## MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Psychotherapie: [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie)

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: [www.kbv.de/html/formulare.php](http://www.kbv.de/html/formulare.php)

## AUSFÜLLHILFE: FORMBLATT PTV 8 – BRIEFUMSCHLAG UNTERLAGEN FÜR DAS GUTACHTENVERFAHREN¶

<b>VERTRAULICH</b> Nur Gutachter*innen dürfen diesen Briefumschlag öffnen		<b>PTV 8</b>						
<b>Unterlagen für das Gutachtenverfahren</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)								
1 Chiffre Patient*in <input type="text"/> Anfangsbuchstabe des Familiennamens   Geburtsdatum 6-stellig								
2 Begutachtung einer <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> KiJu <input type="checkbox"/> Erw <input type="checkbox"/> Einzel- behandlung <input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung								
3 Antragsart <input type="checkbox"/> LZT Erstantrag <input type="checkbox"/> LZT Umwandlung <input type="checkbox"/> LZT Fortführung <input type="checkbox"/> KZT 1 <input type="checkbox"/> KZT 2								
4 Inhalt <input type="checkbox"/> Die erforderlichen Unterlagen sind entsprechend den Angaben im Leitfaden PTV 3 vollständig enthalten.								
5 Erklärung Therapeut*in <input type="checkbox"/> Ich erkläre, den Bericht entsprechend den Angaben im Leitfaden PTV 3 vollständig persönlich verfasst zu haben.								
Ausstellungsdatum <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Stempel / Unterschrift Therapeut*in			T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J			
Muster PTV 8 (7.2020)								

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. Chiffre Patient\*in

Geben Sie hier bitte die Chiffre der Patientin oder des Patienten an, die die pseudonymisierte Weitergabe der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter gewährleistet. Die Chiffre besteht aus dem 1. Anfangsbuchstaben des Familien- bzw. Nachnamens der Patientin oder des Patienten sowie dem Geburtsdatum im Format TTMMJJ.

### 2. Begutachtung einer

Geben Sie hier an, welche Psychotherapie von der Patientin oder vom Patienten beantragt wurde, damit die Krankenkasse die Unterlagen an eine passende Gutachterin bzw. einen passenden Gutachter übermitteln kann. Für eine Analytische Psychotherapie“ geben Sie „AP“, für eine Systemische Therapie „ST“, für eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie „TP“ oder für eine Verhaltenstherapie „VT“ an. Geben Sie auch an, ob es sich um eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KiJu) oder um eine Psychotherapie für Erwachsene (Erw) handelt und in welchem Setting die Psychotherapie stattfinden soll (Einzelbehandlung oder Gruppenbehandlung/Kombinationsbehandlung). Ein Anspruch durch Therapeutinnen oder Therapeuten auf Ausschluss von bestimmten Gutachterinnen oder Gutachtern besteht nicht. Die zuständige Krankenkasse der Patientin oder des Patienten weist in Abhängigkeit von der beantragten Psychotherapie eine hierfür bestellte Gutachterin bzw. einen hierfür bestellten Gutachter zu. Gutachterinnen und Gutachter dürfen in mehreren Bereichen bestellt sein (z. B. AP Erw und TP Erw oder VT Erw und VT KiJu).

### 3. Antragsart

Geben Sie hier an, um welche Antragsart es sich handelt. Die Abkürzung „LZT“ steht für Langzeittherapie, die Abkürzung „KZT“ für Kurzzeittherapie. Sie können hier nur ein Feld auswählen.

### 4. Inhalt

Bestätigen Sie hier, dass alle erforderlichen Unterlagen entsprechend des Leitfadens PTV 3 vollständig im Briefumschlag enthalten sind. Die Vollständigkeit der Unterlagen hilft, Rückfragen und Verzögerungen bei Antrags- und Gutachtenverfahren zu vermeiden.

### 5. Erklärung Therapeut\*in

Bestätigen Sie hier, dass Sie den Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter vollständig persönlich verfasst haben. Der im Briefumschlag enthaltene Bericht muss mit Datum und Unterschrift versehen sein.

## MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Psychotherapie: [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie)

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: [www.kbv.de/html/formulare.php](http://www.kbv.de/html/formulare.php)

## AUSFÜLLHILFE: FORMBLATT PTV 11 – INDIVIDUELLE INFORMATION ZUR PSYCHOTHERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde			PTV 11																
Name, Vorname des Versicherten geb. am		Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.																			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																			
<p><b>1</b> Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde  <input type="text" value="TTMMJJ"/> , <input type="text" value="TTMMJJ"/></p> <p><b>2</b> Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde</p> <p><input type="checkbox"/> Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt</p> <p><input type="checkbox"/> Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt</p> <p>Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) (im Klartext), weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen</p>																					
<p><b>3</b> Empfehlungen zum weiteren Vorgehen</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig</td> <td><input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme</td> <td>Fachgebiet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Systemische Therapie</td> <td><input type="checkbox"/> stationäre Behandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Rehabilitation</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung</td> </tr> </table> <p>Nähere Angaben zu den Empfehlungen</p>						<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung	<input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme	Fachgebiet	<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Rehabilitation		<input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung																				
<input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme	Fachgebiet																				
<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung																				
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung																				
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung																				
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung																				
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Rehabilitation																				
	<input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung																				
<p><b>4</b> Ihr nächster Termin</p> <p><input type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden</p> <p><input type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden</p> <p>Datum <input type="text" value="TTMMJJ"/> Uhrzeit <input type="text"/> : <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Weitervermittlung <input type="checkbox"/> zeitnah erforderlich</p>																					
<p><b>5</b> Erklärung Patient*in</p> <p>Eine Kopie dieser Information darf erhalten: Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt</p> <p>Straße</p> <p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/></p> <p>Datum <input type="text" value="TTMMJJ"/> Unterschrift Patient*in, ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen</p> <p>Ausfertigung Patient*in</p>			<p><b>4</b></p> <p>Ausstellungsdatum <input type="text" value="TTMMJJ"/></p>																		

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Geben Sie hier bitte das Datum der letzten Psychotherapeutischen Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Psychotherapeutischen Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) jeweils im Format TTMMJJ an. Eine Psychotherapeutische Sprechstunde (1 x 50 oder 2 x 25 Minuten) ist vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend.

### 2. Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Machen Sie hier Angaben zum Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde im Sinne eines vorläufigen Befundberichts. Wenn Sie eine psychische Erkrankung oder einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung feststellen, geben Sie die Diagnose(n) als endständige ICD-10-GM-Codes an. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „V“ für „Verdachtsdiagnose“). Erläutern Sie im Freitextfeld die festgestellten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen in einer für die Patientin oder den Patienten verständlichen Sprache. Im Freitextfeld können Sie für die Patientin oder den Patienten bzw. für eine Weiterbehandlerin oder einen Weiterbehandler relevante Zusatzinformationen angeben, wie weitere Hinweise zum Krankheitsbild oder Angaben zu den ggf. bereits durchgeführten Maßnahmen (z. B. Ergebnisse von Testverfahren).

### 3. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Geben Sie der Patientin oder dem Patienten hier Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Wird eine ambulante Psychotherapie empfohlen, muss in Punkt 4 („Ihr nächster Termin“) angegeben werden, ob die Psychotherapie zeitnah erforderlich ist oder nicht. Das Ergebnis einer Psychotherapeutischen Sprechstunde kann auch sein, dass keine Maßnahme oder aber eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich ist. Ist eine weitere Abklärung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt erforderlich, geben Sie das entsprechende Fachgebiet an. Erläutern Sie im Freitextfeld die aus Ihrer Sicht empfohlenen Maßnahmen. Machen Sie hier nähere Angaben zur Art der Maßnahme (z. B. um welche Präventionsmaßnahme oder andere Maßnahme handelt es sich?). Handelt es sich bei der Empfehlung um eine Weiterbehandlung, können Sie auch hierzu nähere Angaben machen (z. B. „Gruppentherapie sinnvoll“). Bitte achten Sie auf eine für die Patientin oder den Patienten verständliche Sprache und erläutern Sie der Patientin oder dem Patienten Ihre Empfehlungen zum Abschluss der Psychotherapeutischen Sprechstunde(n) mündlich.

#### 4. Ihr nächster Termin

Wenn Sie der Patientin oder dem Patienten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (*ambulante Psychotherapie* und/oder *ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung*) empfehlen, geben Sie hier an, ob diese in Ihrer Praxis durchgeführt werden kann oder nicht. Bei Durchführung in Ihrer Praxis können Sie hier den nächsten Termin mit Uhrzeit bei Ihnen angeben.

Vermittlung über Terminservicestelle / Patientenservice:

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine Weitervermittlung über die Terminservicestelle ([www.116117.de](http://www.116117.de), Tel. 116 117) für die sich aus der Abklärung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine (§ 75 Abs. 1a SGB V). Bei der Empfehlung für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung wird davon ausgegangen, dass diese immer zeitnah erforderlich ist. Bei der Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie muss explizit angegeben werden ob diese „zeitnah erforderlich“ ist oder nicht. Sollte eine Vermittlung über die Terminservicestelle erforderlich sein (z. B. weil die Behandlung in Ihrer Praxis nicht durchgeführt werden kann oder weil keine eigenständige Vermittlung an eine andere Praxis möglich ist etc.), müssen folgende Angaben gemacht werden:

- Bei Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie (vgl. Angaben in Punkt 3) geben Sie immer „Weitervermittlung“ an. Geben Sie an, ob diese „zeitnah erforderlich“ ist oder nicht. Nur wenn Sie angeben, dass die Weitervermittlung „zeitnah erforderlich“ ist, hat die Patientin oder der Patient einen Anspruch auf die Vermittlung von probatorischen Sitzungen über die Terminservicestelle.
- Bei Empfehlung für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung (vgl. Angaben in Punkt 3), geben Sie immer „Weitervermittlung“ und immer „zeitnah erforderlich“ an.

Im Freitextfeld müssen bei Weitervermittlung über die Terminservicestelle der Vermittlungscode und die Kontaktdaten der Terminservicestelle angegeben werden.

Andere Weitervermittlung:

Das Freitextfeld kann in Kombination mit der Angabe „Weitervermittlung“ auch für die Vermittlung an Fachkolleginnen und Fachkollegen (eine entsprechende Absprache vorausgesetzt) oder für eine Zuweisung in andere Versorgungsbereiche (wie z. B. Beratungsstellen) genutzt werden und beispielsweise Kontaktdaten, Öffnungszeiten oder weitere Informationen zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten angegeben werden.

Vergewissern Sie sich bei der mündlichen Erläuterung Ihrer Empfehlungen, dass sich die Patientin oder der Patient über ihre oder seine nächsten Schritte im Klaren ist.

#### 5. Erklärung Patient\*in

Wünscht die Patientin oder der Patient die Weitergabe einer Kopie der individuellen Information an die Hausärztin oder den Hausarzt oder eine andere mitbehandelnde Ärztin bzw. einen anderen mitbehandelnden Arzt, kann sie oder er hier die entsprechenden Kontaktinformationen eintragen und ihr oder sein Einverständnis zur Übermittlung mit Unterschrift bestätigen.

### MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Psychotherapie: [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie)

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: [www.kbv.de/html/formulare.php](http://www.kbv.de/html/formulare.php)

## AUSFÜLLHILFE: FORMBLATT PTV 12 – ANZEIGE EINER AKUTBEHANDLUNG

Γ		Anzeige einer Akutbehandlung		PTV 12												
<table border="1"><tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr><tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten geb. am</td></tr><tr><td>Kostenträgererkennung</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			Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten geb. am																
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<table border="1"><tr><td colspan="2">Name und Anschrift Krankenkasse</td></tr><tr><td colspan="2"> </td></tr><tr><td colspan="2"> </td></tr><tr><td colspan="2"> </td></tr><tr><td colspan="2"> </td></tr></table>					Name und Anschrift Krankenkasse											
Name und Anschrift Krankenkasse																
<p>1 Akutbehandlung für</p> <p><input type="checkbox"/> Erwachsene</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche</p>																
<p>Beginn am <b>T T M M J J</b></p>																
<p>2 Diagnose(n) ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig</p>																
<p><input type="checkbox"/> Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor</p>																
<p>3 Die Versicherte bzw. der Versicherte wurde bei mir in den letzten sechs Monaten psychotherapeutisch behandelt</p>																
<p>Es wurden innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt</p>																
<p><input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar am <b>T T M M J J</b></p>																
<p>und ggf. am <b>T T M M J J</b> <input type="checkbox"/> in anderer Praxis</p>																
<p><input checked="" type="checkbox"/> nein, die Versicherte bzw. der Versicherte war in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung</p>																
<p>Ausstellungsdatum <b>T T M M J J</b></p>																
<p>Stempel / Unterschrift Therapeut*in</p>																
<p>Ausfertigung Krankenkasse</p>																

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. Akutbehandlung für / Beginn am

Geben Sie hier an, ob die Akutbehandlung bei einem Erwachsenen (Erwachsenenbehandlung) oder bei einem Kind oder einer bzw. einem Jugendlichen (Kinder- und Jugendlichenbehandlung) durchgeführt wird. Besteht eine Zulassung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können in der Akutbehandlung zusätzliche Kontingente für den Einbezug der Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden (maximal 6 x 25 Minuten oder 3 x 50 Minuten). Diese zusätzlichen Kontingente stehen auch für Erwachsene mit Intelligenzminderung zur Verfügung, wenn Bezugspersonen einbezogen werden; in diesem Fall ist das Vorliegen einer Diagnose nach F70-79 ICD-10-GM Voraussetzung und muss bei den Diagnosen (siehe Punkt 2) angegeben werden.

Geben Sie den Beginn der Psychotherapeutischen Akutbehandlung im Format TTMMJJ an. Die Akutbehandlung muss spätestens am Tag ihres Beginns angezeigt werden.

### 2. Diagnose(n)

Geben Sie hier die für die Akutbehandlung maßgeblichen Diagnose(n) an. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Sub-codes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „G“ für „gesicherte Diagnose“). Handelt es sich bei der Patientin oder dem Patienten um einen Erwachsenen mit Intelligenzminderung (Diagnose nach F70-F79 ICD-10-GM), muss dies ebenfalls angegeben werden, wenn die für diese Personengruppe vorgesehenen zusätzlichen Kontingente für den Einbezug von Bezugspersonen durchgeführt werden sollen.

### 3. Weitere Angaben zum bisherigen Behandlungsverlauf

Für eine Akutbehandlung muss eine entsprechende Indikation im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie gegeben sein. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Bestätigen Sie, dass die Versicherte oder der Versicherte in den letzten sechs Monaten nicht bei Ihnen behandelt wurde. Die Durchführung einer Akutbehandlung zu einem früheren Zeitpunkt ist nur im fachlich besonders begründeten Ausnahmefall möglich, denn die Akutbehandlung ist als psychotherapeutische Intervention *im Anschluss an die Sprechstunde* definiert und dient insbesondere der frühzeitigen Vermeidung von Chronifizierung oder Entlastung von akuter psychischer Symptomatik (siehe hierzu § 13 Psychotherapie-Richtlinie und § 15 Abs. 4 Psychotherapie-Vereinbarung). Bei vorheriger ambulanter Psychotherapie nach Paragraf 15 der Psychotherapie-Richtlinie ist eine Fortführung dieser Psychotherapie differenzialindikatorisch abzuwägen.

Eine Psychotherapeutische Sprechstunde vor der Akutbehandlung ist grundsätzlich verpflichtend. Geben Sie an, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde, ggf. in einer anderen Praxis, durchgeführt wurde. Wenn ja, soll das Datum der letzten Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) angegeben werden. Eine Psychotherapeutische Sprechstunde ist im Ausnahmefall nicht erforderlich, wenn die oder der Versicherte mit einer Diagnose gemäß Paragraf 27 der Psychotherapie-Richtlinie aus stationärer oder rehabilitativer Behandlung entlassen wurde; dies kann mit dem entsprechenden Ankreuzfeld bestätigt werden.

## MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Psychotherapie: [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie)

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: [www.kbv.de/html/formulare.php](http://www.kbv.de/html/formulare.php)