



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

AUSFÜLLHILFEN

STAND:
FEBRUAR 2017

Formulare in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Neue PTV-Formblätter ab dem 1. April 2017

Ab 1. April 2017 gelten neue Formulare in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (PTV-Formblätter), die durch die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 1 des Bundesmantelvertrags-Ärzte) geregelt sind. Alle Formulare wurden dabei einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen, einige Formulare abgeschafft und neue Formulare für die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung eingeführt.

Muster für den Konsiliarbericht weiterhin gültig

Gleich bleiben die Überweisung an einen Vertragsarzt zur Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 7) sowie der Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 22), die in Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung geregelt sind (Anlage 2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte).

Mehr Informationen:

Themenseite Psychotherapie www.kbv.de/psychotherapie

Formulare zum Download: www.kbv.de/html/formulare.php

PTV 1 – ANTRAG DES VERSICHERTEN AUF PSYCHOTHERAPIE

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten: ggb. am:

Kostenübernahme: Versicherten-Nr.: Status:

Berufskategorie-Nr.: Art-Nr.: Datum:

Name und Anschrift der Krankenkasse:

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie PTV 1

Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.
Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) V erforderlich. Ihre Befreiung ist zur Bearbeitung des Antrages erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Erfüllung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 60 Abs. 1 SGB V).

1 Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ: Ort:

Versicherten-Nr.:

2 Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

Analytische Psychotherapie Einzeltherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Gruppentherapie

Verhaltenstherapie Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie

3 Ich beantrage die Psychotherapie als

Erstantrag Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

4 Bei Erstanträgen bitte angeben:
Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?
 ja, und zwar am und ggf. am

nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

4 Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?
 ja
 nein

4 Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?
 ja
 nein

Erklärung des Patienten
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrages notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.

Ausstellungsdatum:

Unterschrift des Patienten, ggf. des gesetzlichen Vertreters:

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster PTV 1a (6/2011)

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1. Angabe zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Der volljährige Versicherte gibt hier Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, PLZ, Ort sowie seine Versichertennummer an. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind hier die persönlichen Daten sowie die Versichertennummer des Stammversicherten anzugeben (z. B. der Mutter oder des Vaters, bei dem das Kind oder der Jugendliche mitversichert ist).

2. Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

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

3. Ich beantrage die Psychotherapie als

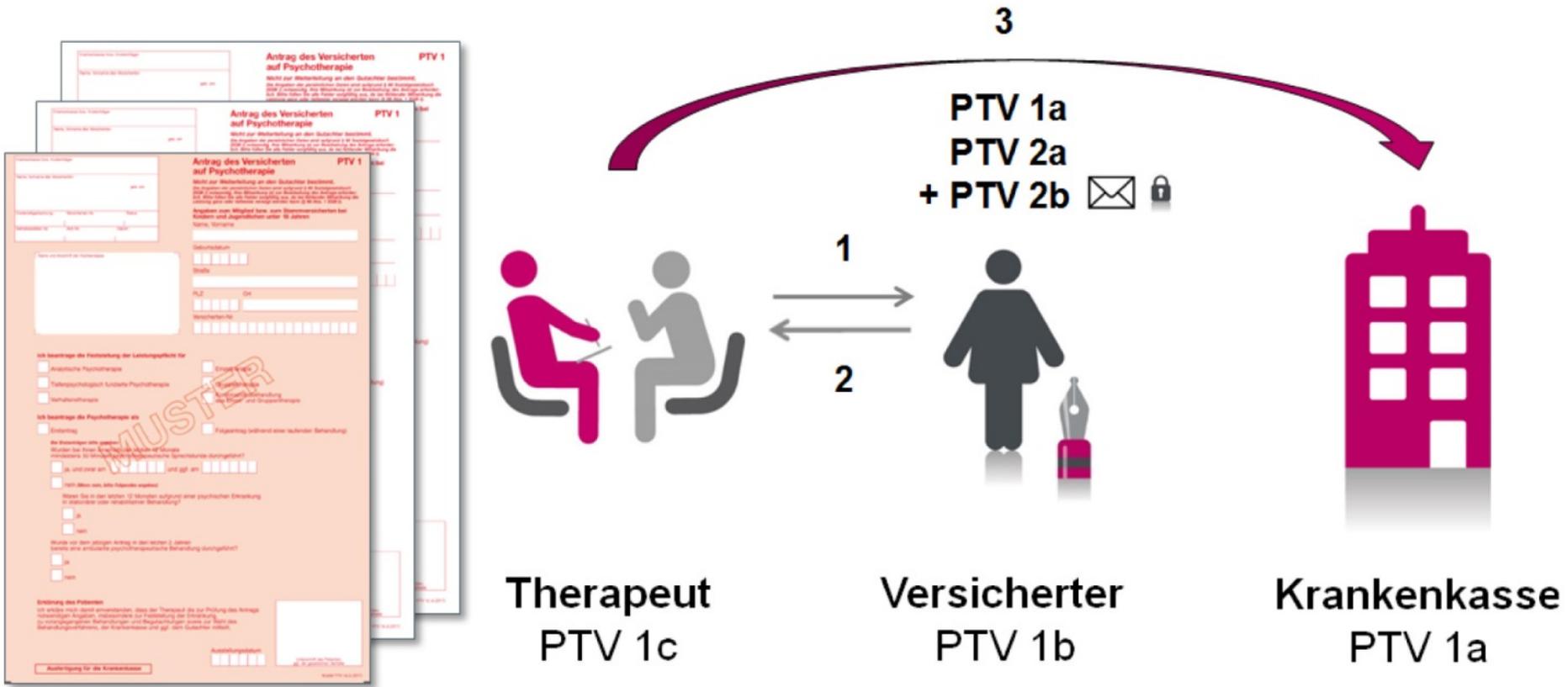
Der Versicherte gibt an, ob es sich um einen Erstantrag handelt oder um einen Folgeantrag. Ein Erstantrag ist ein erstmaliger Antrag auf Kurzzeittherapie (z. B. bei Kurzzeittherapie 1) oder ein Erstantrag auf Langzeittherapie. Folgeantrag ist dann anzugeben, wenn es sich um die Umwandlung oder Fortführung 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, soll das Datum der letzten Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) angegeben werden. Wird hier „nein“ angekreuzt, ist anzugeben, ob Ausnahmetatbestände gemäß § 11 Abs. 7 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegen (z. B. vorherige stationäre oder rehabilitative Behandlung, aus welcher der Versicherte mit einer Diagnose gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie entlassen wurde). Ab dem 01. April 2018 ist eine Psychotherapeutische Sprechstunde vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie nach einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend.

Darüber hinaus gibt 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.

PTV 1 – ANTRAG DES VERSICHERTEN AUF PSYCHOTHERAPIE



Name und Anschrift der Krankenkasse

Angaben des Therapeuten PTV 2 zum Antrag des Versicherten

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe der Familienname Geburtsdatum 2-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM einstellig)

Antrag des Patienten auf Psychotherapie

für Erwachsene (Erw)
 für Kinder und Jugendliche (KJu)

Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
 Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
 Langzeittherapie (LZT) als

ausschließlich Einzeltherapie
 ausschließlich Gruppentherapie
 Kombinationstherapie mit

Analytische Psychotherapie (AP)
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
 Verhaltenstherapie (VT)

Erstantrag
 Umwandlung
 Fortführung

überwiegend Einzeltherapie
 überwiegend Gruppentherapie
 die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt würden beantragt
 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt
 Therapieeinheiten mit GOP des EBM B. B

6 Bei Erstanträgen angeben:
 Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt.
 Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:
 1. Sitzung am
 2. Sitzung am

7 Bei Anträgen auf LZT angeben:
 Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden
 ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten
 nein
 noch nicht absehbar
 ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

8 Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten
 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Einzelbehandlung
 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Gruppenbehandlung
 Therapieeinheiten in der Akutbehandlung

9 Letzte gutachterliche Stellungnahme
 Name des Gutachters Datum der Stellungnahme

10 Erklärung des Therapeuten
 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.
 Ausstellungsdatum

Ausfertigung für die Krankenkasse

Stempel / Unterschrift des Therapeuten
 bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Muster PTV 2a H.2017

6. Bei Erstanträgen 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 einem Gutachter vorgelegt (gutachterpflichtiger Antrag). Darüber hinaus sind die Daten der 1. und 2. probatorischen Sitzungen im Format TTMMJJ anzugeben. Ein Antrag ist bereits nach der ersten durchgeführten probatorischen Sitzung möglich, wenn für die zweite probatorische Sitzung bereits ein Termin mit 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 gutachterpflichtigen Anträgen „noch nicht absehbar“ angegeben, ist gemäß § 14 Abs. 5 der Psychotherapie-Richtlinie eine Begründung im Bericht an den Gutachter erforderlich.

8. Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten

Geben Sie hier die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits durchgeführten Therapieeinheiten des Patienten an. Hierbei ist zwischen der Anzahl der Therapieeinheiten in der Einzelbehandlung einer Kurz- und/oder Langzeittherapie, in der Gruppenbehandlung einer Kurz- und/oder Langzeittherapie und in der Akutbehandlung zu trennen. Zusätzlich sind bei Kurz- oder Langzeittherapie die zugehörigen GOPen der bereits durchgeführten Therapieeinheiten anzugeben. Bitte geben Sie nur die mit dem Patienten durchgeführten Therapieeinheiten an. Die Hinzuzählung von zusätzlich nur für die Einbeziehung von Bezugspersonen beantragten und durchgeführten Therapieeinheiten (nur bei Kindern und Jugendlichen) ist nicht vorgesehen. Die jeweilige Anzahl soll jedoch dann Bezugspersonenstunden enthalten, wenn diese als Teil des Patientenkontingents gelten (siehe hierzu § 11 Abs. 10 Satz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung). Die zusätzliche Angabe eines „B“, wenn Bezugspersonen einbezogen waren, ist hier nicht erforderlich.

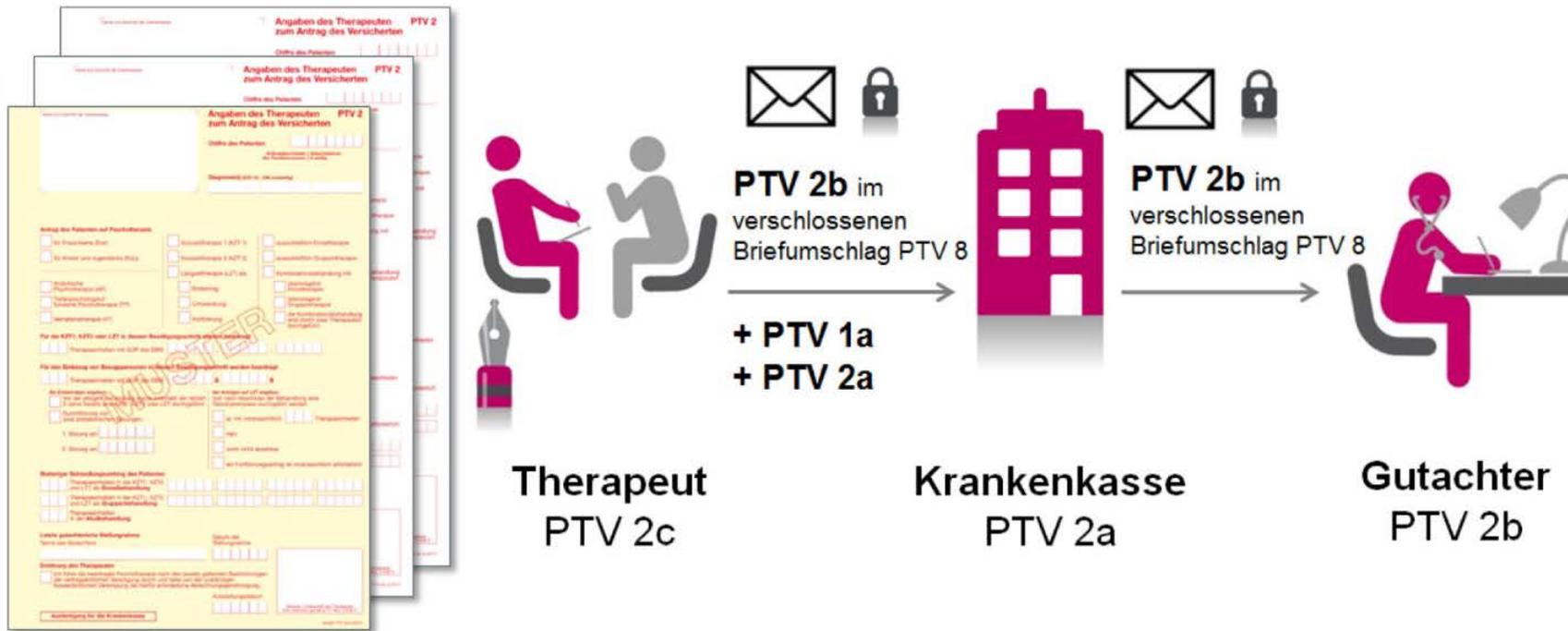
9. Letzte gutachterliche Stellungnahme

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

10. Erklärung des Therapeuten

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 des Bundesmantelvertrags-Ärzte) durchführen und von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderlichen Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung erhalten haben (hierfür ist bei Teilnehmern einer Aus- oder Weiterbildung im Unterschriftenfeld Stempel und eine zusätzliche Unterschrift der Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V erforderlich).

PTV 2 – ANGABEN DES THERAPEUTEN ZUM ANTRAG DES VERSICHERTEN



PTV 3 – LEITFADEN ZUR ERSTELLUNG DES BERICHTS AN DEN GUTACHTER

Hinweise

Der Leitfaden PTV 3 enthält wichtige Hinweise zum Erstellen des Berichts zum Erst- und Umwandlungsantrag bzw. zum Fortführungsantrag. Der Therapeut verfasst auf Grundlage des Leitfadens den Bericht an den Gutachter in freier Form und unterzeichnet und datiert den Bericht entsprechend. Der Leitfaden verbleibt beim Therapeuten.



Therapeut
PTV 3

Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter

PTV 3

Hinweise zum Erstellen des Berichts zum Erst-, Umwandlungs- oder Fortführungsantrag

Die Therapeutin oder der Therapeut erstellt den Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter persönlich und in freier Form nach der in diesem Formblatt vorgegebenen Gliederung und versieht ihn mit Datum und Unterschrift. Der Bericht soll auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein. Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblattes sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. Gliederungspunkte mit einem Zusatz „VP“ sind nur bei einem Bericht zum Verhaltensbericht, mit dem Zusatz „TP“ nur bei einem Bericht zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und mit dem Zusatz „AP“ nur bei einem Bericht zur analytischen Psychotherapie zu berücksichtigen. Die Angaben können stichwortartig erfolgen. Relevante biographische Faktoren sollen im Rahmen des funktionalen Bedingungsmodells (VT) bzw. der Psychodynamik (TP, AP) dargestellt werden. Der Umfang des Berichts soll i.d.R. zwei Seiten umfassen.

Bericht zum Erst- oder Umwandlungsantrag

1. Relevante soziodemographische Daten

- Bei Erwachsenen: aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder
- Bei Kindern und Jugendlichen: Angaben zur Lebenssituation, zu Kindergarten oder zu Schularzt, ggf. Schulabschluss und Arbeitsstelle, Geschwisterzahl und -position, zum Alter und Beruf der Eltern und ggf. der primären Betreuungspersonen

2. Symptomatik und psychischer Befund

- Von der Patientin oder dem Patienten geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf; bei Kindern und Jugendlichen diesbezügliche Angaben von Eltern und Bezugspersonen, Informationen aus der Schule
- Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes
- Psychischer Befund
- Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten; bei Kindern und Jugendlichen Krankheitsverständnis der relevanten Bezugspersonen
- Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

3. Somatischer Befund/ Konsumbericht

- Somatische Befunde (ggf. einschließlich Suchtmittelkonsum)
- ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen (falls vorhanden Berichte beifügen)

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP)

- Psychodynamik (TP, AP): auslösende Situation, intrapsychische Konflikte und aktualisierte intrapsychische Konflikte, Abwehrmechanismen, strukturelle Ebene, dysharmonische Beziehungsmuster
- Funktionales Bedingungsmodell (VT): Verlebensanalyse, prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen und kurze Beschreibung des übergeordneten Störungsmodells (Makroanalyse)

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Aufstellung

- ICD-10-Diagnose/n mit Angabe der Diagnoseunsicherheit
- Psychodynamische bzw. tiefenpsychologische Diagnose (TP, AP)
- Differenzialdiagnostische Angaben, falls erforderlich

6. Behandlungsplan und Prognose

- Beschreibung der konkreten, mit der Patientin oder dem Patienten reflektierten Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen ggf. auch Beschreibung der Therapieziele, die mit den Bezugspersonen vereinbart wurden
 - Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan, auch unter Berücksichtigung evtl. vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungstechniken und -methoden; bei Kindern und Jugendlichen Angaben zur geplanten Einbeziehung der Bezugspersonen
 - Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl sowie der Behandlungsfrequenz und ggf. auch kurze Darstellung des Gruppenkonzepts; bei Kombinationsbehandlung zusätzlich kurze Angaben zum abgestimmten Gesamtbehandlungsplan
 - Kooperation mit anderen Berufsgruppen
 - Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungsfähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der Bezugspersonen
- ##### 7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag
- Bisheriger Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen
 - Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie
 - Weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

Bericht zum Fortführungsantrag

(Bei mehreren Berichten zu Fortführungsanträgen sind die Berichte entsprechend fortlaufend zu nummerieren)

1. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht, der Veränderung der Symptomatik und des Behandlungsergebnisses in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen

2. Aktuelle Diagnose/n gemäß ICD-10 und aktueller psychischer Befund, weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

3. Begründung der Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung, weitere Therapieplanung, geänderte/erweiterte Behandlungsziele, geänderte Behandlungsmethoden und -techniken, Prognose, Planung des Therapieabschlusses, ggf. weiterführende Maßnahmen nach Ende der Therapie

Muster PTV 3 (A.2017)

PTV 4 – AUFTRAG DER KRANKENKASSE ZUR BEGUTACHTUNG

Auftrag zur Begutachtung PTV 4

Name und Anschrift der zuständigen Krankenkasse

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

Name und Anschrift des Gutachters

Anfangsbuchstabe der Familienname | Geburtsdatum | Geschlecht

Ansprechpartner

Telefonnummer

ggf. E-Mail-Adresse

Antrag des Patienten auf Psychotherapie

für Erwachsene (Erw)

für Kinder und Jugendliche (K/Ju)

Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)

Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)

Langzeittherapie (LZT) an

Kombinationstherapie mit

analytische Psychotherapie (AP)

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TFP)

Verhaltenstherapie (VT)

Erstauftrag

Überwiegend Einzeltherapie

Überwiegend Gruppentherapie

die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme

Ergänzungsbericht

Ergänzende Angaben über den Patienten

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 2 Jahren

vom bis wegen

stationäre/teilstationäre Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren

vom bis wegen Krankenhaus

rehabilitative Verfahren

vom bis wegen Ort Kostenträger

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir bitten Sie zum obigen Antrag um eine gutachterliche Stellungnahme auf dem beigefügten Formblatt (PTV 5). Der Bericht des Therapeuten an Sie und der Durchschlag des Formblatts PTV 2b sind im verschlossenen Briefumschlag beigelegt.

Das Original des Formblatts PTV 5a senden Sie bitte direkt an den Therapeuten.
Der erste Durchschlag PTV 5b ist für Ihre Unterlagen bestimmt.
Den zweiten Durchschlag PTV 5c senden Sie bitte im beigefügten Freiumschlag an uns zurück.

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen.
Mit freundlichen Grüßen

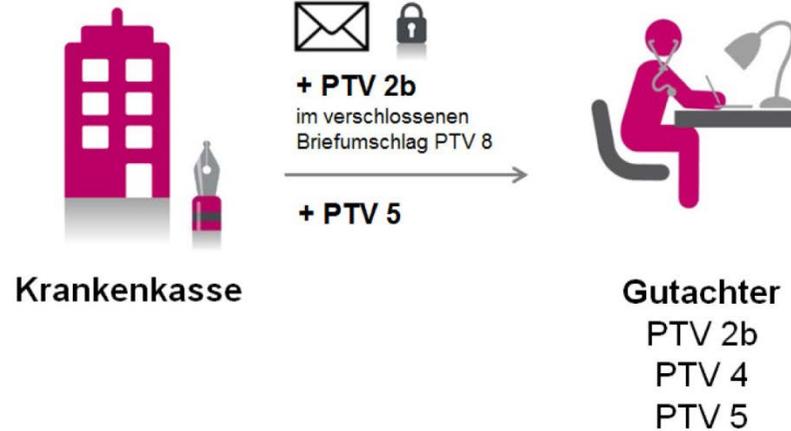
Ausstellungsdatum

Unterschrift

Muster PTV 4 (4.2017)

Hinweise

Das Formblatt PTV 4 wird nur von der Krankenkasse ausgefüllt. Die Krankenkasse beauftragt mit dem Formblatt PTV 4 eine gutachterliche Stellungnahme und sendet das PTV 4 gemeinsam mit dem Formblatt PTV 5, einem Freiumschlag und weiteren Unterlagen im verschlossenen Briefumschlag PTV 8 (Bericht, ggf. Konsiliarbericht und weitere Befundberichte) an den Gutachter.



PTV 5 – STELLUNGNAHME DES GUTACHTERS

1 Name und Anschrift des Therapeuten		Stellungnahme des Gutachters PTV 5	
1 Name und Anschrift der Krankenkasse		1 Bearbeitungsnummer der Krankenkasse	
		1 Chiffre des Patienten	
		2 Bericht vom	
		1 Eingangsdatum bei der Krankenkasse (wie auf Briefumschlag PTV 8 angegeben)	
		2 Beim Gutachter eingetroffen am	
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 seitens des Therapeuten begründeten Antrag des Patienten auf Psychotherapie <input type="checkbox"/> als erfüllt anzusehen <input type="checkbox"/> als nicht erfüllt anzusehen			
4 Für die KZT1, KZT2 oder LZT			
insgesamt beantragt		Therapieeinheiten mit GOP des EBM	
insgesamt befürwortet		Therapieeinheiten mit GOP des EBM	
5 Für den Einbezug von Bezugspersonen			
insgesamt beantragt		Therapieeinheiten mit GOP des EBM	
insgesamt befürwortet		Therapieeinheiten mit GOP des EBM	
6 Begründung des Gutachters nur für den Therapeuten bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung			
7 Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen			
<input type="checkbox"/> Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind <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 <input type="checkbox"/> Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie <input type="checkbox"/> Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, unzuweckmäßig) oder nicht ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen <input type="checkbox"/> Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten ggf. Erläuterung			
Ausfertigung für den Therapeuten		Ausstellungsdatum	Therapeut / Unterschrift des Gutachters

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1. Von der Krankenkasse zu übermittelnde Angaben

Die Krankenkasse teilt dem von ihr beauftragten Gutachter Name und Anschrift des Therapeuten, Name und Anschrift der Krankenkasse für die Rücksendung, ggf. eine dem Gutachtauftrag zugehörige Bearbeitungsnummer der Krankenkasse, die zugehörige Chiffre des Patienten sowie das Eingangsdatum des Antrags des Patienten bei der Krankenkasse mit.

2. Bericht vom / Beim Gutachter eingetroffen am

Der Gutachter gibt hier im Format TTMMJJ das Datum des vom Therapeuten erstellten Berichts an und das Datum, an dem der Gutachtauftrag bei ihm eingetroffen ist.

3. Gutachterliche Einschätzung: Erfüllung der Voraussetzung für die Leistungspflicht

Der Gutachter gibt an, ob für den vorliegenden Antrag 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

Der Gutachter gibt die Gesamtanzahl der beantragten und die Gesamtanzahl der von 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.

5. Für den Einbezug von Bezugspersonen

Der Gutachter gibt die Gesamtanzahl der beantragten und die Gesamtanzahl der von 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. Eine Therapieeinheit entspricht 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung.

6. Begründung des Gutachters nur für den Therapeuten bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Der Gutachter begründet seine Stellungnahme für den Therapeuten im Freitextfeld unter besonderer Beachtung von inhaltlichen Aspekten.

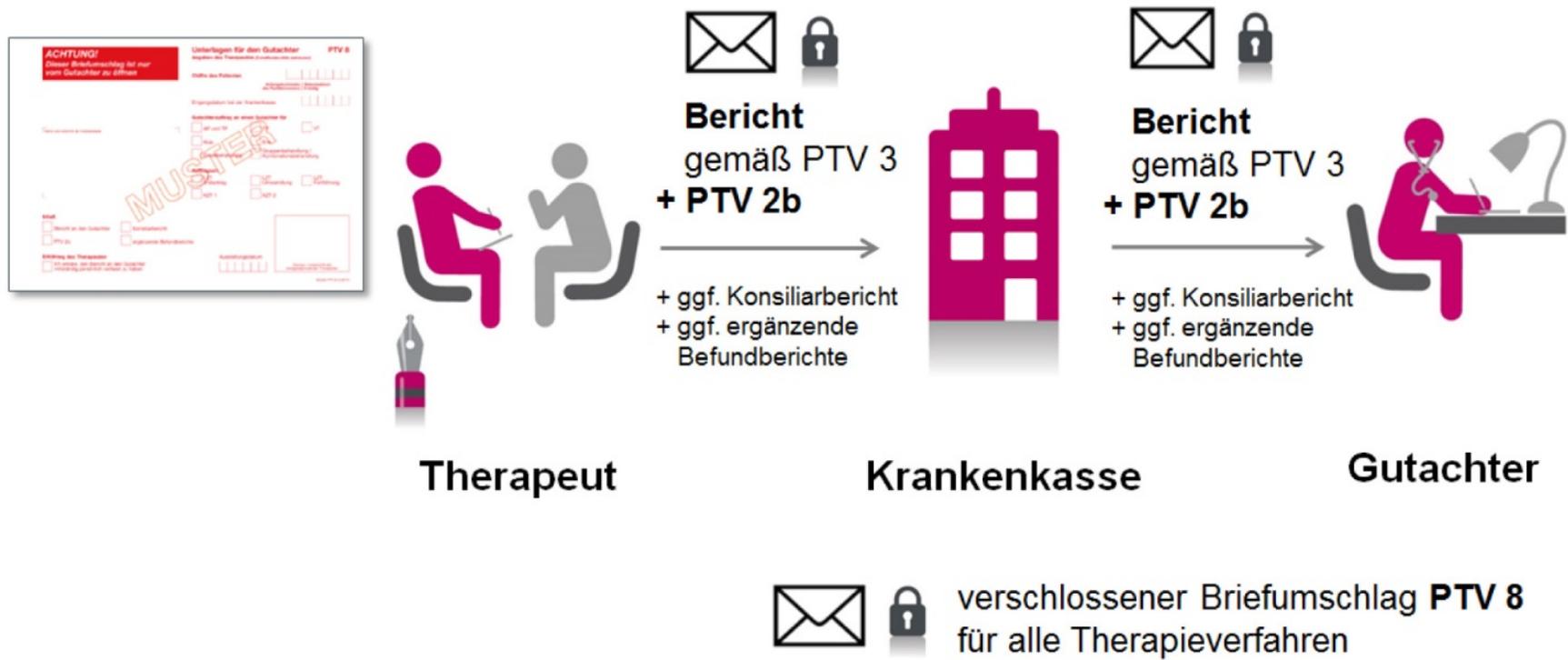
7. Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

Der Gutachter begründet seine Stellungnahme für die Krankenkasse durch Auswahl und ggf. Erläuterung der für seine Einschätzung maßgeblichen Punkte. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Im Freitextfeld der Erläuterung für die Krankenkasse sind die Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse sowie die besonders schützenswerte Beziehung zwischen Patient und Therapeut zu beachten.

PTV 5 – STELLUNGNAHME DES GUTACHTERS



PTV 8 – BRIEFUMSCHLAG ZUR VERSENDUNG DER UNTERLAGEN FÜR DEN GUTACHTER



Individuelle Patienteninformation PTV 11 zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

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

2 Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt

ICD-10 - GM endstellig ICD-10 - GM endstellig ICD-10 - GM endstellig

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) (im Klartext), weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

3 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig

Präventionsmaßnahme

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Abklärung beim Hausarzt

Hausarzt

Facharzt für

ambulante Psychotherapie

Analgetische Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

4

Die psychotherapeutische Behandlung kann **NICHT** in dieser Praxis durchgeführt werden

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

5 Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Name des Arztes

Straße

PLZ Ort

Datum

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten

Muster PTV 11a (4/2015)

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. Ab dem 01. April 2018 ist eine Psychotherapeutische Sprechstunde 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 ICD-10-GM-Codes an. Die Angabe „endstellig“ 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 allgemein verständlicher Sprache. Im Freitextfeld können Sie für den Patienten bzw. für einen Weiterbehandler relevante Zusatzinformationen, wie weitere Hinweise zum Krankheitsbild oder Angaben zu ggf. durchgeführten Maßnahmen (z. B. zu durchgeführten Testverfahren), angeben.

3. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Geben Sie dem Patienten hier Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Das Ergebnis einer Psychotherapeutischen Sprechstunde kann auch sein, dass keine Maßnahme oder aber eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich ist. Ist eine weitere Abklärung bei einem Facharzt erforderlich, geben Sie bitte die entsprechende Gebietsbezeichnung 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?) und ggf. zu Kontaktdaten von empfohlenen Einrichtungen. Handelt es sich bei der Empfehlung um eine Weiterbehandlung, können Sie auch hierzu nähere Angaben machen. Bitte achten Sie auf eine allgemein verständliche Sprache.

4. Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung in der eigenen Praxis?

Wenn Sie dem Patienten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung 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 bei Ihnen angeben.

5. Erklärung des Patienten

Wünscht der Patient die Weitergabe einer Kopie der individuellen Patienteninformation an seinen Hausarzt oder einen anderen mitbehandelnden Arzt, kann er hier die entsprechenden Kontaktinformationen des Arztes eintragen und sein Einverständnis zur Übermittlung geben.

Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde PTV 11

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihren vollständigen Bedarf erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 30 Minuten der Sprechstunde

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbefähigte psychische Störung festgestellt

Bei Ihnen wurden folgende Diagnose(n)/Verlaufdiagnose(n) festgestellt

Diagnose(n)/Verlaufdiagnose(n) im Klartext, weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig

ambulante Psychotherapeutische Ausbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbearbeitung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Abklärung beim Hausarzt Facharzt für

weitere Psychotherapie

Angelegte Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ausstellungsdatum

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / notbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Name des Arztes

Ort

Datum

Ausfertigung für den Patienten

am Ende der Psychotherapeutischen Sprechstunde



Therapeut
PTV 11b

Versicherter
PTV 11a

Anzeige der Akutbehandlung / Beendigung einer Psychotherapie

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB II) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB II).
Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Anzeige einer Akutbehandlung

1 Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße
PLZ Ort
Versicherten-Nr.

2 Anzeige einer Akutbehandlung
Beginn am
Diagnose(n) ICD-10 - GM einseitig ICD-10 - GM einseitig ICD-10 - GM einseitig
Ausstellungsdatum
Stempel / Unterschrift des Therapeuten

3 **Erklärung des Patienten bei Anzeige einer Akutbehandlung**
Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?
 ja, und zwar am und ggf. am
 nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)
Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?
 ja
 nein
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Therapeut die obigen Angaben zu meiner Person sowie Angaben zur Diagnose und zum Beginn der Behandlung meiner Krankenkasse mitteilt.
Datum
Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

4 Anzeige des Behandlungsendes einer Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie
Behandlungsende am mit Therapieeinheiten
 eine Rezidivprophylaxe wird durchgeführt
Ausstellungsdatum
Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Ausfertigung für die Krankenkasse

Maier PTV 12a (6/2017)

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1. Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Anzeige einer Akutbehandlung

Wird mit dem Formblatt PTV 12 eine Akutbehandlung angezeigt, gibt der volljährige Versicherte hier Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, PLZ, Ort sowie seine Versichertennummer an. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind hier die persönlichen Daten sowie die Versichertennummer des Stammversicherten anzugeben (z. B. der Mutter oder des Vaters, bei dem das Kind oder der Jugendliche mitversichert ist).

2. Anzeige einer Akutbehandlung

Wollen Sie mit dem Formblatt PTV 12 eine Akutbehandlung anzeigen, so geben Sie dies hier an und teilen den Beginn der Akutbehandlung im Format TTMMJJ sowie die für die Anzeige maßgeblichen Diagnose(n) mit. Die Angabe „endstellig“ 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.

3. Erklärung des Patienten bei Anzeige einer Akutbehandlung

Wird mit dem Formblatt PTV 12 eine Akutbehandlung angezeigt, gibt der Versicherte an, ob eine Psychotherapeutische Sprechstunde 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. Wird hier „nein“ angekreuzt, ist anzugeben, ob Ausnahmetatbestände gemäß § 11 Abs. 7 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegen (z. B. vorherige stationäre oder rehabilitative Behandlung, aus welcher der Versicherte mit einer Diagnose gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie entlassen wurde). Ab dem 01. April 2018 ist eine Psychotherapeutische Sprechstunde vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend.

4. Anzeige des Behandlungsendes einer Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie

Wollen Sie mit dem Formblatt PTV 12 das Behandlungsende einer Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie (Richtlinientherapie) anzeigen, geben Sie dies hier an und teilen das Datum des Behandlungsendes im Format TTMMJJ und die Gesamtanzahl der durchgeführten Therapieeinheiten mit. Bitte geben Sie nur die mit dem Patienten durchgeführten Therapieeinheiten an. Die Hinzuzählung von zusätzlich für die Einbeziehung von Bezugspersonen beantragten und durchgeführten Therapieeinheiten (nur bei Kindern und Jugendlichen) ist nicht vorgesehen. Die Anzahl soll jedoch dann Bezugspersonenstunden enthalten, wenn diese als Teil des Patientenkontingents gelten (siehe hierzu § 11 Abs. 10 Satz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung). Ist mit dem Versicherten die Durchführung einer Rezidivprophylaxe unter Nutzung von Restkontingenten der Langzeittherapie vereinbart, geben Sie dies ebenfalls an. Gemäß § 16 Abs. 3 der Psychotherapie-Vereinbarung ist die Anzeige der Beendigung der Richtlinientherapie Voraussetzung für die Erbringung einer Rezidivprophylaxe.

Zusatzhinweis:

Bitte beachten Sie, dass Sie das Formblatt PTV 12 entweder für die Anzeige einer Akutbehandlung (Punkte 1, 2 und 3) oder für die Anzeige der Beendigung einer Richtlinientherapie (Punkt 4) verwenden können. Eine Ausfertigung für den Versicherten ist nur bei Anzeige einer Akutbehandlung erforderlich.

