

---

# FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

AUSFÜLLHILFEN

# INHALT

---

<b>FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG</b>	<b>4</b>
Neue PTV-Formblätter ab 1. Juli 2020	4
Muster für den Konsiliarbericht weiterhin gültig	4
<hr/>	
<b>FORMBLATT PTV 1 – ANTRAG AUF PSYCHOTHERAPIE</b>	<b>5</b>
Erläuterungen zu den einzelnen Feldern	6
Prozessbeschreibung	7
<hr/>	
<b>FORMBLATT PTV 2 – ANGABEN THERAPEUT*IN</b>	<b>8</b>
Erläuterungen zu den einzelnen Feldern	9
Prozessbeschreibung	12
<hr/>	
<b>LEITFADEN PTV3 – LEITFADEN ZUM ERSTELLEN DES BERICHTS AN DIE GUTACHTER*IN</b>	<b>13</b>
<hr/>	
<b>FORMBLATT PTV4 – AUFTRAG ZUR BEGUTACHTUNG</b>	<b>14</b>
<hr/>	
<b>FORMBLATT PTV 5 – GUTACHTEN</b>	<b>15</b>
Erläuterungen zu den einzelnen Feldern	16
Prozessbeschreibung PTV 5	17
<hr/>	
<b>FORMBLATT PTV 8 – BRIEFUMSCHLAG: UNTERLAGEN FÜR DAS GUTACHTENVERFAHREN</b>	<b>18</b>
Erläuterungen zu den einzelnen Feldern	19
Prozessbeschreibung PTV8	20
<hr/>	
<b>INFORMATIONSBLETT PTV10 – AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG</b>	<b>21</b>
<hr/>	
<b>FORMBLATT PTV 11 – INDIVIDUELLE INFORMATION ZUR PSYCHO-THERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE</b>	<b>22</b>
Erläuterungen zu den einzelnen Feldern	23
Prozessbeschreibung PTV11	25
<hr/>	
<b>FORMBLATT PTV 12 – ANZEIGE EINER AKUTBEHANDLUNG</b>	<b>26</b>
Erläuterungen zu den einzelnen Feldern	27
Prozessbeschreibung PTV12	28
<hr/>	
<b>MUSTER 7 – ÜBERWEISUNG VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE ZUR ABKLÄRUNG SOMATISCHER URSACHEN</b>	<b>29</b>
Erläuterungen zu den einzelnen Feldern	29
Prozessbeschreibung Muster 7	30

---

<b>MUSTER 22 – KONSILIARBERICHT VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE DURCH PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN</b>	<b>31</b>
Erläuterungen zu den einzelnen Feldern (auszufüllen durch den Konsiliararzt)	32
Prozessbeschreibung Muster 22	33

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1 – Muster PTV 1	5
Abbildung 2 – Prozessbeschreibung PTV2	7
Abbildung 3 – Muster PTV2	8
Abbildung 4 – Prozessbeschreibung PTV2	12
Abbildung 5 – Prozessbeschreibung PTV3	13
Abbildung 6 – Prozessbeschreibung PTV4	14
Abbildung 7 – Muster PTV5	15
Abbildung 8 – Prozessbeschreibung PTV5	17
Abbildung 9 – Muster PTV8	18
Abbildung 10 – Prozessbeschreibung PTV8	20
Abbildung 11 – Informationsblatt PTV10	21
Abbildung 12 – Muster PTV11	22
Abbildung 13 – Prozessbeschreibung PTV11	25
Abbildung 14 – Muster PTV12	26
Abbildung 15 – Prozessbeschreibung PTV12	28
Abbildung 16 – Muster 7	29
Abbildung 17 – Prozessbeschreibung Muster 7	30
Abbildung 18 – Muster 22	31
Abbildung 19 – Prozessbeschreibung Muster 22	33

# FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

## NEUE PTV-FORMBLÄTTER AB 1. JULI 2020

Ab dem 1. Juli 2020 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, ein Formular-Teil abgeschafft und Ergänzungen für die Systemische Therapie bei Erwachsenen vorgenommen.

## 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 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung geregelt sind (Anlage 2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte).

### Mehr Informationen:

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


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

### Ansprechpartner:

Dezernat Versorgungsmanagement  
Abteilung Nutzenbewertung  
Tel.: 030 4005-1406, [psychotherapie@kbv.de](mailto:psychotherapie@kbv.de)

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

# FORMBLATT PTV 1 – ANTRAG AUF PSYCHOTHERAPIE

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Antrag auf Psychotherapie</b>
Name, Vorname des Versicherten	<b>PTV 1</b> 
geb. am	<b>Hinweise zur Mitwirkungspflicht</b>
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status	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.
Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum	

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;">Name und Anschrift der Krankenkasse</div>	<b>Kostenträger</b> In bestimmten Fällen übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern ein anderer Kostenträger die Psychotherapie (z. B. bei Folgen eines Unfalls).  <input type="checkbox"/> Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Unfallversicherung).
--	---

**Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für**

<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<b>als</b>	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie		<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie		

**Ich beantrage die Psychotherapie als**

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)
-------------------------------------	---

*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*)

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

ja

nein

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

ja

nein

Ausstellungsdatum

Unterschrift Versicherte\*r,  
ggf. der gesetzlichen Vertreter\*innen

**Ausfertigung Krankenkasse**

Abbildung 1 – Muster PTV 1

## 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.

## PROZESSBESCHREIBUNG

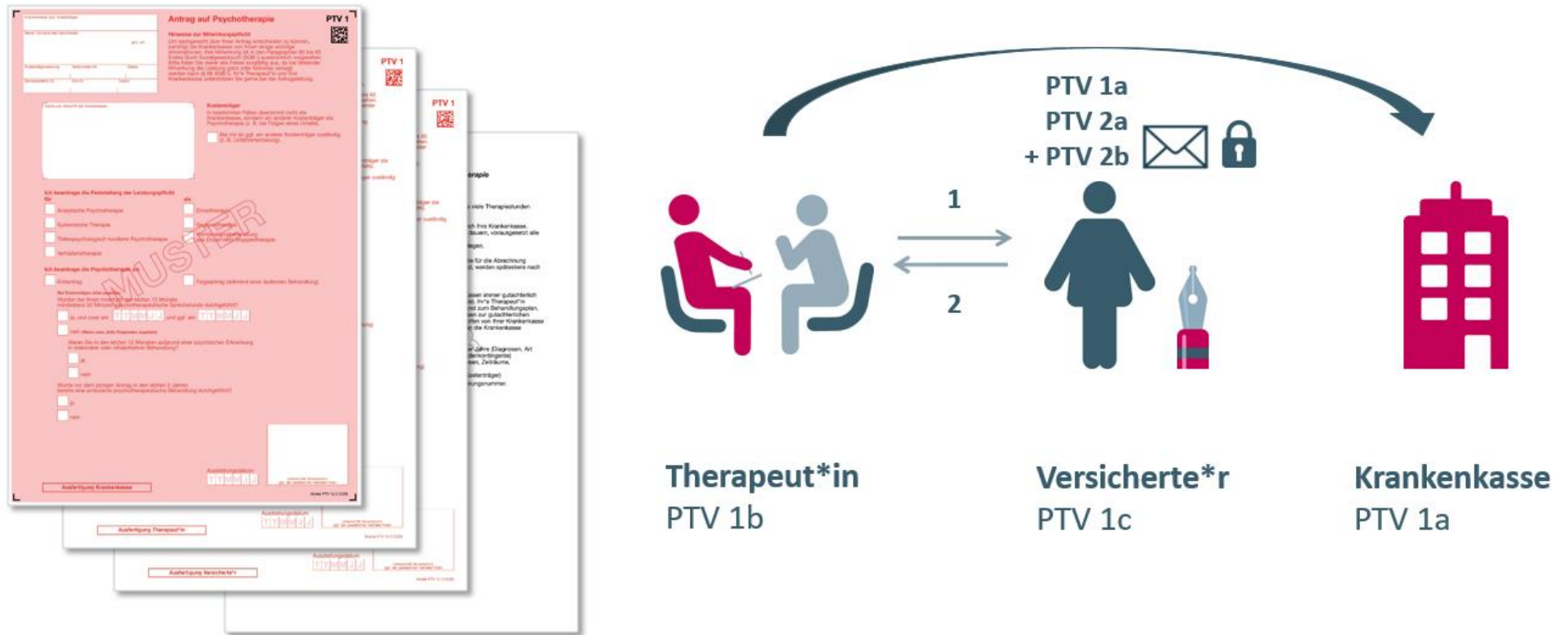


Abbildung 2 – Prozessbeschreibung PTV2

# FORMBLATT PTV 2 – ANGABEN THERAPEUT\*IN

Name und Anschrift der Krankenkasse

## Angaben Therapeut\*in

**PTV 2**

**1 Chiffre Patient\*in**

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

**2 Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)**

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

**3 Psychotherapie**

<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
---	---	---

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

Therapieeinheiten mit GOP des EBM , ,

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

Therapieeinheiten mit GOP des EBM  B,  B

<p><b>6 Bei Erstanträgen angeben:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt</p> <p><b>Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:</p> <p>1. Sitzung am <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>2. Sitzung am <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><b>7 Bei Anträgen auf LZT angeben:</b></p> <p>Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden</p> <p><input type="checkbox"/> ja, mit voraussichtlich <input style="width: 30px;" type="text"/> Therapieeinheiten</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> noch nicht absehbar</p> <p><input type="checkbox"/> ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich</p>
--	---

**8 Bisheriger Behandlungsumfang**

**Einzelbehandlung**

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) , , ,

**Gruppenbehandlung**

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten) , , ,

**Akutbehandlung**

Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

**9 Letztes Gutachten durch**

Name  Datum des Gutachtens

**10 Erklärung Therapeut\*in**

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

Stempel / Unterschrift Therapeut\*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

**Ausfertigung Krankenkasse**

Muster PTV 2a (7.2020)

Abbildung 3 – Muster PTV2



## 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 Subcodes 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 Personen-gruppe vorgesehenen 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 Paragraphen 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 Paragraphen 29 und 30 der Psychotherapie-Richtlinie nicht überschreiten darf. Die Vorgaben zur gemeinsamen Antragstellung bei zwei Therapeutinnen oder Therapeuten gemäß Paragraph 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 Richtlinien-therapie

sowohl in Einzel- als auch in Gruppenkontakten (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 durchgeführten 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 durchgeführten 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 durchgeführten Therapieeinheiten anzugeben. Bitte geben Sie nur die mit der Patientin oder dem Patienten durchgeführten Therapieeinheiten an (Patientenkontingent). Die Hinzuzählung von zusätzlichen, nur für die Einbeziehung von Bezugspersonen beantragten und durchgeführten 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).

## PROZESSBESCHREIBUNG

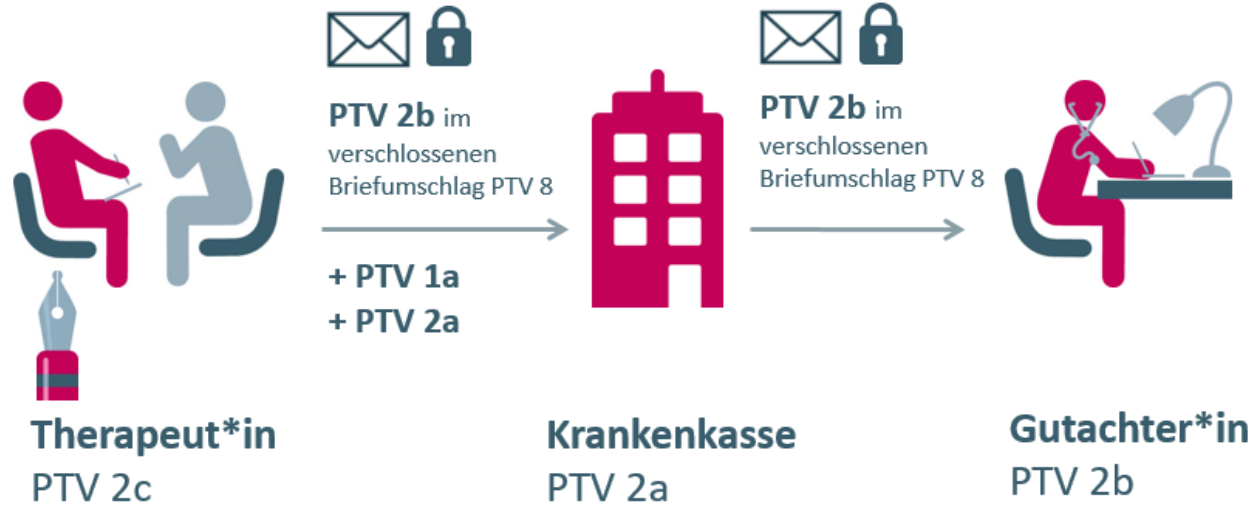


Abbildung 4 – Prozessbeschreibung PTV2

# LEITFADEN PTV3 – LEITFADEN ZUM ERSTELLEN DES BERICHTS AN DIE GUTACHTER\*IN

## 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.

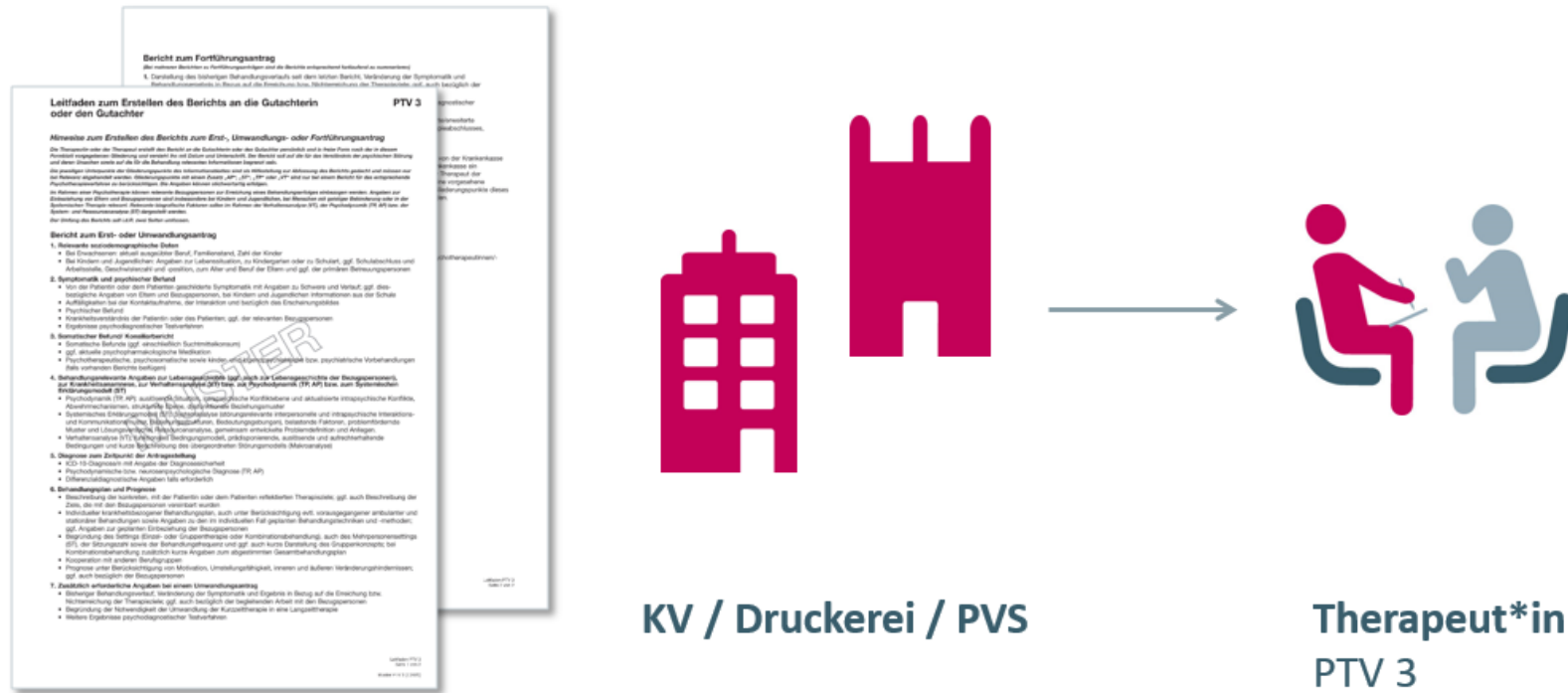


Abbildung 5 – Prozessbeschreibung PTV3

# FORMBLATT PTV4 – AUFTRAG ZUR BEGUTACHTUNG

## 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 Freiumschatz und weiteren Unterlagen im verschlossenen Briefumschlag PTV 8 (Bericht, ggf. Konsiliarbericht und weitere Befundberichte) an den Gutachter.

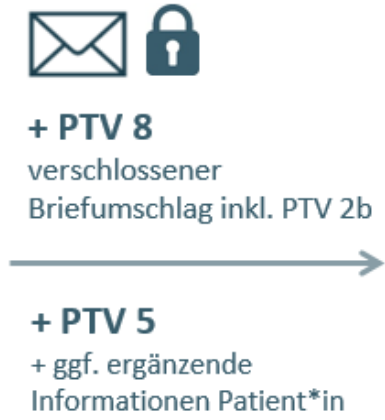


Abbildung 6 – Prozessbeschreibung PTV4

# FORMBLATT PTV 5 – GUTACHTEN

<p>1 Name und Anschrift Therapeut*in</p>  <p>1 Name und Anschrift Krankenkasse</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</p> <p style="text-align: right;"> <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 <input style="width: 30px;" type="text"/> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <input style="width: 30px;" type="text"/>, <input style="width: 30px;" type="text"/>, <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>insgesamt befürwortet <input style="width: 30px;" type="text"/> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <input style="width: 30px;" type="text"/>, <input style="width: 30px;" type="text"/>, <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>5 Für den Einbezug von Bezugspersonen</p> <p>insgesamt beantragt <input style="width: 30px;" type="text"/> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <input style="width: 30px;" type="text"/> B, <input style="width: 30px;" type="text"/> B</p> <p>insgesamt befürwortet <input style="width: 30px;" type="text"/> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <input style="width: 30px;" type="text"/> B, <input style="width: 30px;" type="text"/> B</p> <p>6 Begründung nur für Therapeut*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>7 Kurz begründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen</p> <p><input type="checkbox"/> Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 27 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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Ausstellungsdatum</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Ausfertigung Therapeut*in</p>	<p><b>Gutachten</b> <span style="float: right;"><b>PTV 5</b></span></p> <p>1 Chiffre Patient*in <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p style="font-size: small; text-align: center;">Anfangsbuchstabe des Familiennamens   Geburtsdatum 6-stellig</p> <p>1 Bearbeitungsnummer der Krankenkasse <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>2 Bericht Therapeut*in vom <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>1 Eingangsdatum Krankenkasse <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>2 Eingangsdatum Gutachter*in <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Stempel / Unterschrift Gutachter*in</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/></p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">Muster PTV 5a (7.2020)</p>
---	--

Abbildung 7 – Muster PTV5

## 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 Gutachtauftrag 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.



## PROZESSBESCHREIBUNG PTV 5



Abbildung 8 – Prozessbeschreibung PTV5

# FORMBLATT PTV 8 – BRIEFUMSCHLAG: UNTERLAGEN FÜR DAS GUT- ACHTENVERFAHREN

**VERTRAULICH**  
Nur Gutachter\*innen dürfen  
diesen Briefumschlag öffnen

**PTV 8**

### Unterlagen für das Gutachtenverfahren

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

**1 Chiffre Patient\*in**

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**

Die erforderlichen Unterlagen sind entsprechend den Angaben im Leitfaden PTV 3 vollständig enthalten.

**5 Erklärung Therapeut\*in**

Ich erkläre, den Bericht entsprechend den Angaben im Leitfaden PTV 3 vollständig persönlich verfasst zu haben.

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift Therapeut\*in

Muster PTV 8 (7.2020)

Abbildung 9 – Muster PTV8

## 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.

## PROZESSBESCHREIBUNG PTV8



Therapeut\*in



PTV 8 enthält  
Bericht gemäß PTV 3  
PTV 2b

+ ggf. Konsiliarbericht  
+ ggf. ergänzende  
Befundberichte



Krankenkasse



Weiterleitung  
ohne Öffnung des  
Briefumschlags

+ ggf. ergänzende  
Informationen Patient\*in



Gutachter\*in



verschlossener Briefumschlag **PTV 8**  
für alle Therapieverfahren

Bei Zweitgutachten: zusätzliche Unterlagen gemäß PTV 3  
Folgegutachten nach Zweitgutachten: zusätzliche  
Unterlagen aus dem Zweitgutachtenverfahren

Abbildung 10 – Prozessbeschreibung PTV8

# INFORMATIONSBLAATT PTV10 – AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

## Hinweise

Das Formblatt PTV 10 wird jedem Versicherten während der Psychotherapeutischen Sprechstunde zur Information ausgehändigt.

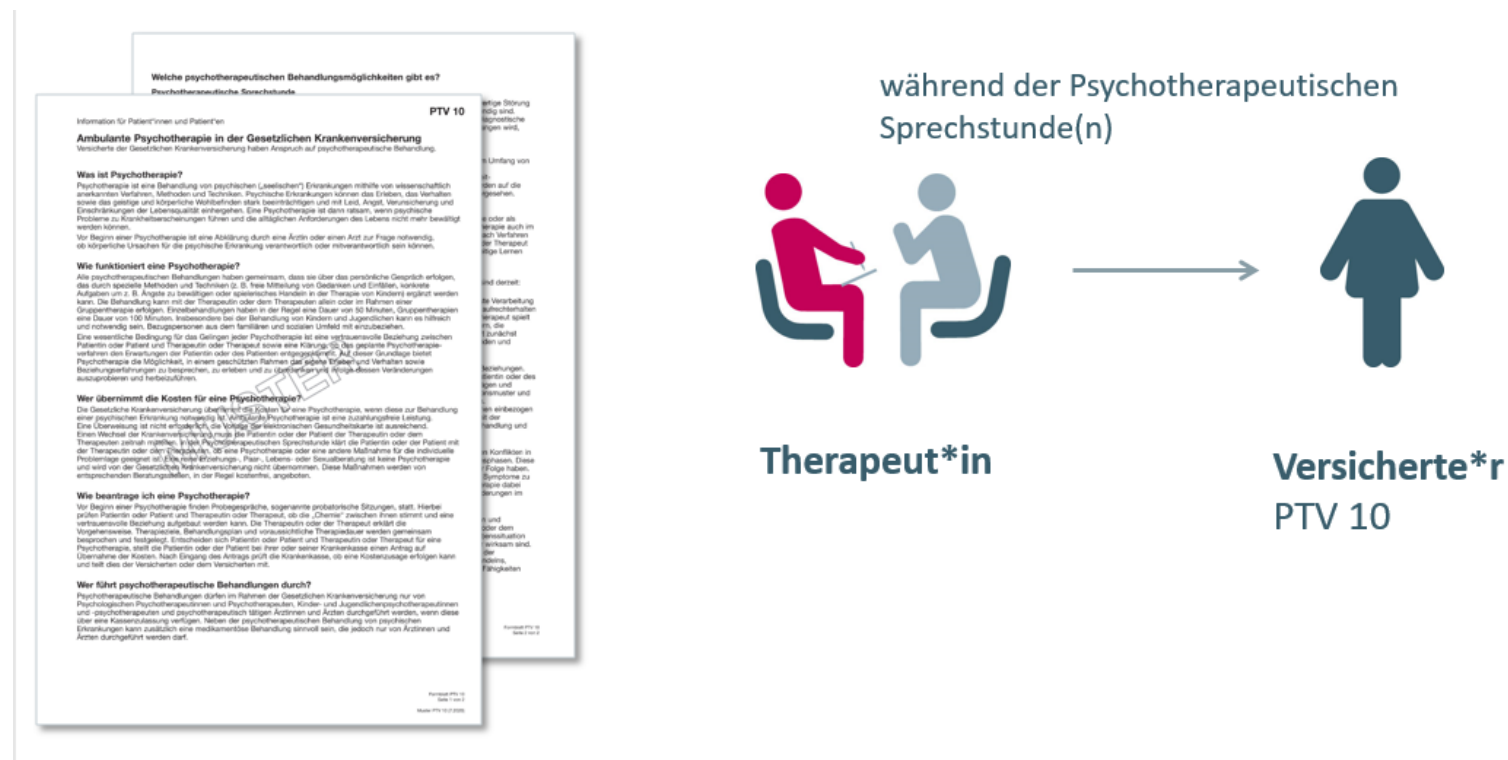


Abbildung 11 – Informationsblatt PTV10

# FORMBLATT PTV 11 – INDIVIDUELLE INFORMATION ZUR PSYCHOTHERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

**PTV 11**

*Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.  
Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.*

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

TTMMJJ, TTMMJJ

**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 endständig    ICD-10 - GM endständig    ICD-10 - GM endständig

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 Psychotherapie

Analytische Psychotherapie

Systemische Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

hausärztliche Abklärung

Fachgebiet

fachärztliche Abklärung

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

---

**4 Ihr nächster Termin**

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

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

Datum    Uhrzeit

TTMMJJ, :

Weitervermittlung     zeitnah erforderlich

**5 Erklärung Patient\*in**

Eine Kopie dieser Information darf erhalten:

Name mitbehandelnde\*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Straße

PLZ    Ort

Datum

TTMMJJ

Unterschrift Patient\*in, ggf. der gesetzlichen Vertreter\*innen

Ausfertigung Patient\*in

**4**

---

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Muster PTV 11a (7.2020)

Abbildung 12 – Muster PTV11

## 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 Terminservice-stelle.

- › 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.



## PROZESSBESCHREIBUNG PTV11

The image shows a screenshot of the PTV 11 form, titled "Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde". The form is blue and white, with various sections for patient and therapist information, including checkboxes for therapy goals, session frequency, and insurance status. A large "MUSTER" watermark is visible across the center of the form.



Abbildung 13 – Prozessbeschreibung PTV11

# FORMBLATT PTV 12 – ANZEIGE EINER AKUTBEHANDLUNG

Krankenkasse bzw. Kostenträger

---

Name, Vorname des Versicherten geb. am

---

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Anzeige einer Akutbehandlung

**PTV 12**

Name und Anschrift Krankenkasse

**1 Akutbehandlung für**

Erwachsene

Kinder/Jugendliche

**Beginn am**

**2 Diagnose(n)**  ICD-10 - GM endständig  ICD-10 - GM endständig  ICD-10 - GM endständig

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor

**3**  Die Versicherte bzw. der Versicherte wurde bei mir in den letzten sechs Monaten psychotherapeutisch behandelt

Es wurden innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt

**3** ja, und zwar am

und ggf. am        in anderer Praxis

**3** nein, die Versicherte bzw. der Versicherte war in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung

**Ausfertigung Krankenkasse**

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut\*in

Muster PTV 12a (7.2020)

Abbildung 14 – Muster PTV12

## 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 Subcodes 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 Paragraph 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 Paragraph 27 der Psychotherapie-Richtlinie aus stationärer oder rehabilitativer Behandlung entlassen wurde; dies kann mit dem entsprechenden Ankreuzfeld bestätigt werden.

## PROZESSBESCHREIBUNG PTV12



Abbildung 15 – Prozessbeschreibung PTV12

# MUSTER 7 – ÜBERWEISUNG VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE ZUR ABKLÄRUNG SOMATISCHER URSACHEN

Krankenkasse bzw. Kostenträger
**Freigabe 01.09.2014**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

---

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

## Überweisung

Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen

7

**1** Diagnosen/ Indikation zur Psychotherapie:

---

---

---

---

---

**2** Information für den Arzt:

---

---

---

---

---

*Der Konsiliarbericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.*

Ausstellungsdatum

T

T

M

M

J

J

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Muster 7 (10.2014)

Abbildung 16 – Muster 7

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. Diagnosen / Indikation zur Psychotherapie

Geben Sie hier bitte die Diagnosen und die Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung an.

Die Psychotherapie-Richtlinie sieht vor, dass der Konsiliarbericht vor einer Kurz- oder Langzeittherapie spätestens nach den probatorischen Sitzungen eingeholt wird. Soll nach der Akutbehandlung eine Kurz- oder Langzeittherapie eingeleitet werden, finden zunächst probatorische Sitzungen statt. Dementsprechend kann eine Akutbehandlung auch begonnen werden, wenn im Einzelfall der Konsiliarbericht noch nicht vorliegt, aber zeitnah eingeholt wird. Patienten sollten zudem bereits im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde an einen Konsiliararzt überwiesen werden, wenn eine weitere Behandlung geplant ist.

### 2. Information für den Arzt

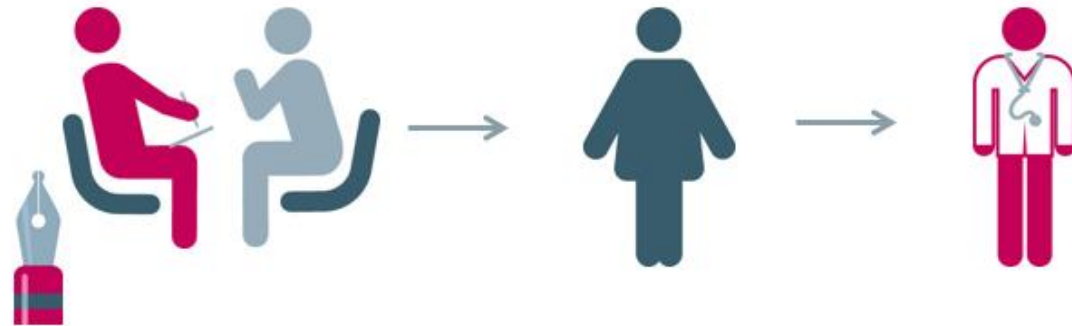
Hier können Sie weitere relevante Informationen für den Konsiliararzt angeben, zum Beispiel zu bereits erhobenen Befunden oder Fragestellungen/Hinweise in Bezug auf die Abklärung möglicher somatischer Ursachen.

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB):

[www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)

## PROZESSBESCHREIBUNG MUSTER 7

The image shows a medical referral form titled 'Überweisung' (Referral) for psychotherapy. The form is dated 'Freigegeben 01.08.2014' and includes fields for patient information, a section for 'Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie', and a section for 'Information für den Arzt'. A red stamp in the bottom right corner reads 'Verbindliches Muster'. There is also a small box with text: 'Der Krankheitsfall ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mitgeteilt worden, nachdem über den Wechsel nach der Überweisung zu überlegen ist.' and a 'Kontaktformular' section.



Therapeut\*in

Versicherte\*r

Konsiliarärzt\*in

Abbildung 17 – Prozessbeschreibung Muster 7

# MUSTER 22 – KONSILIARBERICHT VOR AUFNAHME EINER PSYCHOTHERAPIE DURCH PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

**Freigabe 01.09.2014**

**22**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Konsiliarbericht**  
**vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

**1** Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten \_\_\_\_\_

Arztnummer \_\_\_\_\_  
 Betriebsstättennummer \_\_\_\_\_

**2** Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:  
 Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

---


---

**3** Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erforderlich  nicht erforderlich  erfolgt  veranlasst

**4** Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---


---

**5**  Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

**6**  Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
 Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_

---

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Ausfertigung für den Therapeuten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 22a (10.2014)

Abbildung 18 – Muster 22

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN (AUSZUFÜLLEN DURCH DEN KONSILIARARZT)

### 1. Auf Veranlassung von:

Geben Sie hier bitte den Namen, die Arztnummer und die Betriebsstätten-Nummer des Therapeuten an, der den Konsiliarbericht angefordert hat. Die Angaben können Sie zum Beispiel dem Stempel auf der Überweisung des Psychotherapeuten (Muster 7) entnehmen.

### 2. Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Bitte machen Sie hier die erforderlichen Angaben für den Therapeuten und ggf. den Gutachter. Wichtig sind hierbei insbesondere Angaben zu den aktuellen Beschwerden, eine stichwortartige Zusammenfassung der relevanten anamnestischen Daten und der somatische Befund.

### 3. Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist

Bitte geben Sie hier an, ob Ihrer Einschätzung nach eine psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung erforderlich ist. Falls erforderlich, veranlassen Sie diese bitte nach Möglichkeit.

### 4. Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Sind ärztliche Untersuchungen oder ärztlich veranlasste Maßnahmen (z. B. Arzneimittel- oder Heilmittelverordnungen, spezifische weitere Abklärungen bei einem Facharzt) notwendig, geben Sie dies hier bitte an. Falls erforderlich, veranlassen Sie diese bitte nach Möglichkeit.

### 5. Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s.o.)

Wenn aufgrund der unter 2. angegebenen Befunde eine psychotherapeutische Behandlung aus Ihrer Sicht kontraindiziert ist, geben Sie dies hier bitte an.

### 6. Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Wenn ärztliche Mitbehandlung erforderlich ist, geben Sie hier bitte die Art der erforderlichen Maßnahmen an (z. B. Arzneimittelverordnungen, Art und Dosierung der Psychopharmaka/anderer Arzneimittel).

## Mehr Informationen

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB):  
[www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)



PROZESSBESCHREIBUNG MUSTER 22

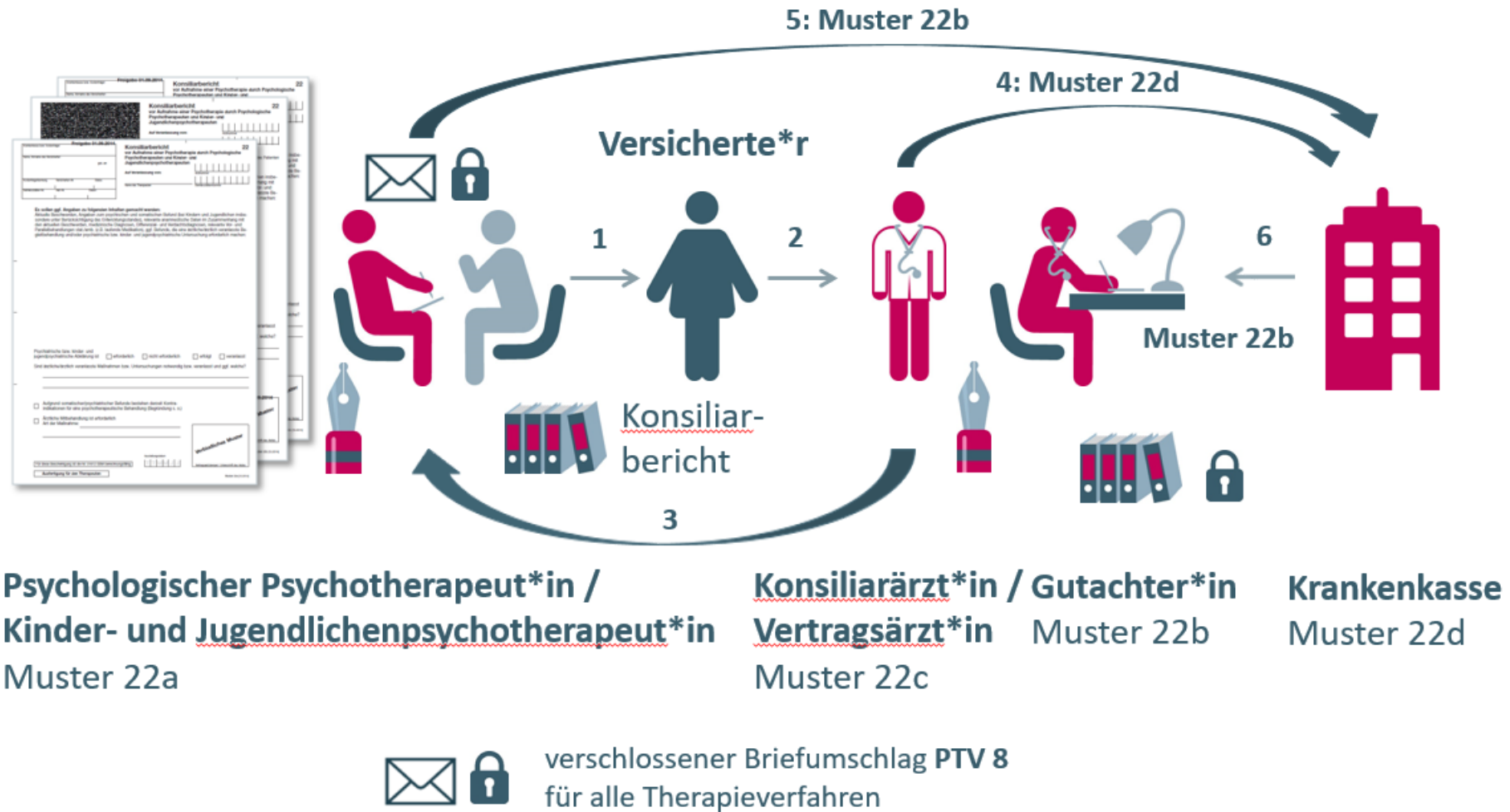


Abbildung 19 – Prozessbeschreibung Muster 22