

# Anträge, Formulare und Co.

Wie mache ich was?

Teil 1 und Teil 2

# Inhaltsverzeichnis

1. Krankheitsbegriff
  - Fehlende Voraussetzungen für eine Richtlinienpsychotherapie
  - Rahmenbedingungen und Begrenzungen
2. Psychotherapeutische Sprechstunde
  - Zeitlicher Umfang
  - Anamnese, Diagnostik, Psychodynamik
  - PTV 10, PTV 11
  - Behandlungsmaßnahmen

# Inhaltsverzeichnis

## 3. Probatorische Sitzungen

- Behandlungsvertrag
- Einleitung einer Psychotherapie
  - Konsiliarbericht, PTV 22
  - Überweisung zur Aufnahme einer PT, PTV 7
  - PTV 1
  - PTV 2
  - Beiblatt an die Krankenkasse
  - Unterschriften beider Eltern bei getrenntlebenden Eltern
  - Klärung der Gesundheitsfürsorge bei Pflegekindern/Heimkindern

# Inhaltsverzeichnis

4. Akuttherapie PTV 12 ohne Konsil
5. Klinik, Einweisung
6. Langzeittherapie
  - Unterlagen für den Gutachter
  - Umwandlung, Fortführung

# Inhaltsverzeichnis

7. Was dürfen Psychotherapeuten noch?
  - Ergotherapie, Formular 13
  - Psychiatrische häusliche Krankenpflege, Formular 12
  - Soziotherapie, Formular 12
  - Reha, Formular 61
  - Krankenhausbehandlung, Formular 2
  - Krankenförderung, Formular 4

# Inhaltsverzeichnis

8. Kurzarztberichte
9. Bescheinigungen
  - Schulbescheinigungen, Arbeitgeberbescheinigungen
  - Nachteilsausgleich aufgrund einer psychischen Erkrankung

# 1. Krankheitsbegriff

Der Krankheitsbegriff wird im SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung definiert. Der Begriff der „seelischen Krankheit“ wurde über Jahre immer wieder diskutiert und heute in der Psychotherapie-Richtlinie weiter konkretisiert.



# 1. Krankheitsbegriff

Definition „seelische Krankheit“ laut Psychotherapie-Richtlinie:

## § 2 Seelische Krankheit

(1) <sup>1</sup> In dieser Richtlinie wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. <sup>2</sup> Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch die Patientin oder den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.

(2) Krankhafte Störungen können durch seelische, körperliche oder soziale Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische Veränderungen seelischer Strukturen zugrunde liegen können.

(3) Seelische Strukturen werden in dieser Richtlinie verstanden als die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist.

(4) Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinie, sondern können nur dann als seelische Krankheit gelten, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachgewiesen wurde

[über die Durchführung der Psychotherapie \(g-ba.de\)](http://g-ba.de)

# 1. Krankheitsbegriff

Kurz:

Seelische Krankheit kann deutlich werden in:

- Seelischen Symptomen
- Körperlichen Symptomen
- Krankhaften Verhaltensweisen

Es können aktuelle Krisen seelischen Geschehens oder auch Veränderungen seelischer Strukturen zugrunde liegen.  
(lebensgeschichtlicher Grundlage)



# 1. Krankheitsbegriff

Diagnostik und Feststellung einer seelischen Krankheit nach diesen Kriterien

- Krankheitsentstehung, Ursache
- Auslöser
- Krankheitserscheinung
- Indikation
- Behandlungsplanung

# 1. Krankheitsbegriff

## Fehlende Voraussetzungen für Richtlinienpsychotherapie

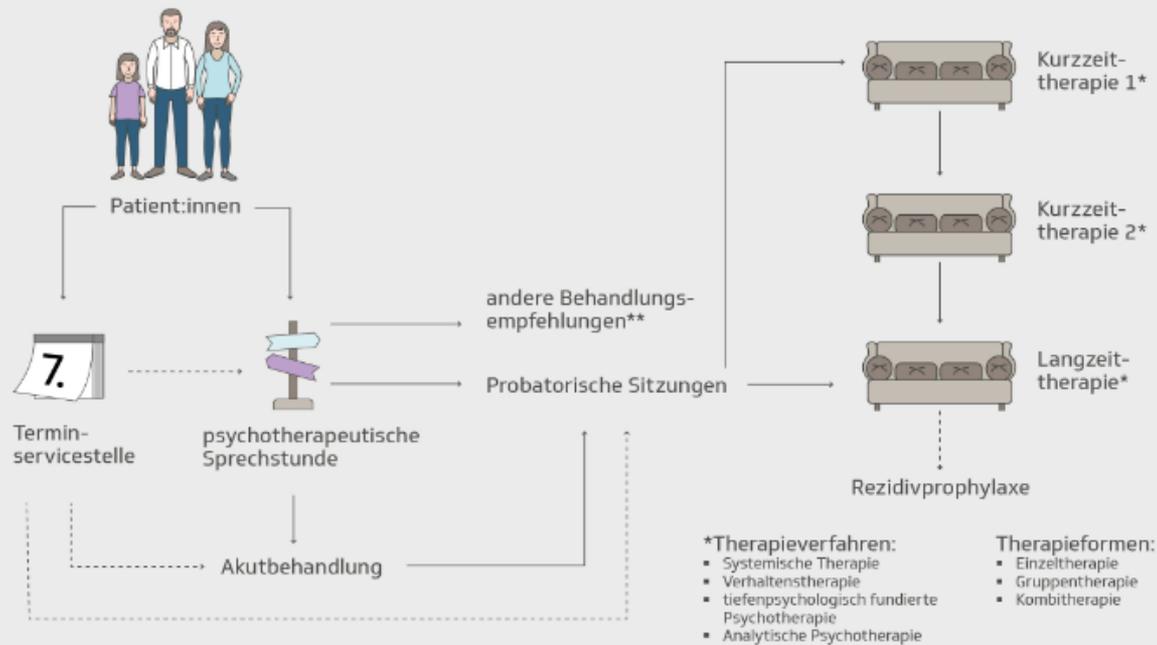
- Fehlende Erfolgsaussicht
- Unzureichende Veränderungsfähigkeit des Pat. oder der Familie
- Beratung allein zur Bewältigung beruflicher oder sozialer Anpassung,
- Beratung, die der schulischen Förderung dienen
- Behandlungen, die allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens-, Sexual-, Paar oder Familienberatung dienen

# 1. Krankheitsbegriff

Rahmenbedingungen und Begrenzungen

Psychotherapie als Leistung der GKV ist immer begrenzt und umfasst die Therapiezielsetzung und den Behandlungsumfang für die behandelnde psychische Problematik.

# Wege zur Psychotherapie



Quelle/Grafik: Techniker Krankenkasse

\*\*z. B. Präventionsmaßnahmen, stationäre Behandlung (Krankenhaus, Reha)

# 1. Krankheitsbegriff

 <b>KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG</b>		PSYCHOTHERAPIE FÜR ERWACHSENE: KONTINGENTE UND BEWILLIGUNGSSCHRITTE					
VERSORGUNGSANGEBOT		BEWILLIGUNGSSCHRITTE FÜR EINZELTHERAPIE / GRUPPENTHERAPIE BEI ERWACHSENEN IN THERAPIEEINHEITEN*			ERLÄUTERUNGEN		
		SCHRITT 1	SCHRITT 2				
<b>Sprechstunde</b> › bis zu 6 x à 25 Min. › Einheiten von 25 oder 50 Min. › 50 Min. Sprechstunde verpflichtend für weitere psychotherapeutische Behandlung	<b>Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung</b> › bis zu 8 x à 50 Min. › Einheiten von 50 oder 100 Min.	bis zu 4 anzeigefrei, antragsfrei	-		Zur Vorbereitung auf Gruppentherapie; keine Anrechnung auf nachfolgende Kontingente.		
	<b>Akutbehandlung</b> › bis zu 24 x à 25 Min. › Einheiten von 25 oder 50 Min. › Systemische Therapie: Mehrpersonensetting möglich	bis zu 12 anzeigepflichtig	-		Akutbehandlungsstunden werden mit ggf. folgender Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet.		
	<b>Probatorik</b> › verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie › 2 bis 4 x à 50 Min. › Systemische Therapie: Mehrpersonensetting möglich	<b>Kurzzeittherapie (AP, ST, TP, VT)</b>	bis zu 12 antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig		Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachtenpflichtig.	
		<b>Langzeittherapie</b>	<b>Analytische Psychotherapie (AP)</b>	bis zu 160 / 80 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 300 / 150 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen		Rezidivprophylaxe Ein begrenzter Anteil bewilligter Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann 2 Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Übermittlung des Therapieendes durch Therapeutin/Therapeut über Zusatzziffer erforderlich).
			<b>Systemische Therapie (ST)</b>	bis zu 36 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 48 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen		
<b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)</b>			bis zu 60 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 100 / 80 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen			
<b>Verhaltenstherapie (VT)</b>	bis zu 60 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen					
Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Präventionskurse, Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatungsstelle)							

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

\*1 Therapieeinheit = 50 Min. in der Einzeltherapie oder 100 Min. in der Gruppentherapie

# 1. Krankheitsbegriff

VERSORGUNGSANGEBOT		BEWILLIGUNGSSCHRITTE FÜR EINZELTHERAPIE / GRUPPENTHERAPIE BEI KINDERN (K) UND JUGENDLICHEN (J) IN THERAPIEEINHEITEN*		
		SCHRITT 1	SCHRITT 2	ERLÄUTERUNGEN
<b>Sprechstunde</b> › bis zu 10 x à 25 Min. › Einheiten von 25 und 50 Min. › 50 Min. Sprechstunde verpflichtend für weitere psychotherapeutische Behandlung	<b>Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung</b> › bis zu 8 x à 50 Min., zusätzlich bis zu 2 x à 50 Min. bei Einbeziehung von Bezugspersonen › Einheiten von 50 oder 100 Min.	bis zu 5 anzeigefrei, antragsfrei	-	Zur Vorbereitung auf Gruppentherapie; keine Anrechnung auf nachfolgende Kontingente.
	<b>Akutbehandlung</b> › bis zu 24 x à 25 Min. oder bis zu 30 x à 25 Min. bei Einbeziehung von Bezugspersonen › Einheiten von 25 oder 50 Min.	bis zu 12 anzeigepflichtig	-	Akutbehandlungsstunden werden mit ggf. folgender Kurz- oder Langzeittherapie verrechnet.
	<b>Probatorik</b> › verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeit-therapie › 2 bis 6 x 50 Min.	<b>Kurzzeittherapie (AP, TP, VT)</b> bis zu 12 antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	bis zu 24 antragspflichtig; grundsätzlich nicht gutachtenpflichtig	Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachtenpflichtig.
	<b>Langzeittherapie</b> › 2 bis 6 x 50 Min.	<b>Analytische Psychotherapie (AP)</b> K: bis zu 70 / 60 J: bis zu 90 / 60 antrags- und gutachtenpflichtig	K: bis zu 150 / 90 J: bis zu 180 / 90 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen	Rezidivprophylaxe Ein begrenzter Anteil bewilligter Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann 2 Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Übermittlung des Therapieendes durch Therapeutin/Therapeut über Zusatzziffer erforderlich).
	<b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)</b> K: bis zu 70 / 60 J: bis zu 90 / 60 antrags- und gutachtenpflichtig	K: bis zu 150 / 90 J: bis zu 180 / 90 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen		
	<b>Verhaltenstherapie (VT)</b> bis zu 60 antrags- und gutachtenpflichtig	bis zu 80 antragspflichtig; Gutachtenpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen		
Für die Einbeziehung von Bezugspersonen in der AP, TP oder VT stehen zusätzliche Therapieeinheiten zur Verfügung. Das Verhältnis der Therapieeinheiten für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche beträgt in der Regel 1:4.				
Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. schulpсихologische Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie)				

# 2. Psychotherapeutische Sprechstunde

## Der erste Kontakt

- nehmen sie sich Zeit die Szene zwischen ihnen und ihrem Patienten zu verstehen.
- führen sie eine erste Diagnostik durch und bilden erste Hypothesen
  - Symptomatik
  - Krankheitserleben
  - Anamnese
  - Auslöser
  - Ursprung
  - Verdachtsdiagnose
  - Indikation einer Psychotherapie? Krankenhausbehandlung, oder andere Maßnahmen außerhalb der GKV ( Elternberatung, Suchtberatung etc.

## 2. Psychotherapeutische Sprechstunde

Klärung, wie geht es weiter?

- Sprechen sie mit ihrem Patienten, welche Möglichkeiten sie anbieten können
- Sehen sie, ob eine Psychotherapie indiziert ist?
- Wenn ja, ist diese bei ihnen möglich? Ggf. Weiterleitung an einen Kollegen/in
- Welches Therapieverfahren erachten sie als sinnvoll?
- Bei weiterer Abklärung, vereinbaren sie einen weiteren Termin

# 2. Psychotherapeutische Sprechstunde

Rahmenbedingungen:

- Dauer der ersten Psychotherapeutischen Sprechstunde muss mind. 50 Minuten sein.
- Danach kann sie auch in 25 Minuten abgerechnet werden
- Bei Erwachsenen max. 150 Min. pro Krankheitsfall (bezogen auf das aktuelle und drei aufeinanderfolgenden Quartale in einer Praxis)
- Bei Kindern und Jugendlichen max. 250 Min. pro Krankheitsfall (bezogen auf das aktuelle und drei aufeinanderfolgenden Quartale in einer Praxis)

# 2. Psychotherapeutische Sprechstunde

## Ihr Patient kommt wieder? Anamnesebogen?

Marie-Alice Fernholz-Bialas  
Dipl. Päd. Kinder- und Jugendpsychologin für  
erwachsene, altersunabhängig funktionale Psychotherapie  
und Gruppenarbeit  
Tel.: 0512-21421233  
Email: kpm@pma.de

**Anmeldebogen für Jugendliche**

Sehr geehrte Jugendliche, sehr geehrter Jugendliche,  
um ein möglichst umfassendes Bild Ihrer Entwicklung und Ihres Anmeldebogens zu erhalten,  
bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und diesen zu unserem nächsten Termin wieder  
mitzubringen.  
Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und sind für Außenstehende nicht zugänglich. Alle  
Angaben werden vertraulich behandelt.

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon, ggf. Handy	E-Mail
Krankenhaus	
Schule, Klasse? Ausbildung/Studium (wo/zu)? Beruf?	
Name, Alter und Beruf der Eltern? Vater: Mutter:	

Bitte nennen Sie Ihren Anmeldebogen:

Schildern Sie Ihre Beziehung zu Ihren Eltern:

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Geschwister (Aristel, Alter, Verwandten und anderen  
Jugendlichen)?

Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?

Wie erleben Sie den Schulalltag/ die Ausbildung/ die Studium/Beruf?

Beschreiben Sie bitte Ihre Probleme und Beschwerden:

Wann sind Ihre Probleme oder Beschwerden erstmalig aufgetreten?

haben Sie Verhaltens-/Fähigkeiten, die Sie oder Ihre Umfeld wahrnehmen?

Nennen Sie bitte Ihre besonderen Fähigkeiten:

haben Sie Krankheiten, Krankheitsauffassungen oder Unfälle erlebt? Zeitpunkt, Dauer?

2/5

3/5

# 2. Psychotherapeutische Sprechstunde

## Ihr Patient kommt wieder? PTV 10

Information für Patient\*innen und Patient\*in

PTV 10

### Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung.

#### Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie ist eine Behandlung von psychischen („seelischen“) Erkrankungen mithilfe von wissenschaftlich anerkannten Verfahren, Methoden und Techniken. Psychische Erkrankungen können das Erleben, das Verhalten sowie das geistige und körperliche Wohlbefinden eines Betroffenen und mit Leid, Angst, Verunsicherung und Einschränkungen der Lebensqualität einhergehen. Eine Psychotherapie ist dann ratsam, wenn psychische Probleme zu Krankheitserscheinungen führen und die alltäglichen Anforderungen des Lebens nicht mehr bewältigt werden können.

Vor Beginn einer Psychotherapie ist eine Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt zur Frage notwendig, ob körperliche Ursachen für die psychische Erkrankung verantwortlich oder mitverantwortlich sein können.

#### Wie funktioniert eine Psychotherapie?

Alle psychotherapeutischen Behandlungen haben gemeinsam, dass sie über das persönliche Gespräch erfolgen, das durch spezielle Methoden und Techniken (z. B. freie Mitteilung von Gedanken und Erleben), konkrete Aufgaben (z. B. Angewandte Verhaltensanalyse) oder sportliche Handeln in der Therapie von Kindern) ergänzt werden kann. Die Behandlung kann mit der Therapeutin oder dem Therapeuten allein oder im Rahmen einer Gruppentherapie erfolgen. Einzelbehandlungen haben in der Regel eine Dauer von 50 Minuten, Gruppentherapien eine Dauer von 100 Minuten, insbesondere bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es hilfreich und notwendig sein, Bezugspersonen aus dem familiären und sozialen Umfeld mit einzubeziehen.

Eine wesentliche Bedingung für das Gelingen einer Psychotherapie ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut sowie eine Klärung, ob das gewählte Psychotherapieverfahren den Erwartungen der Patientin oder des Patienten entspricht. Auf dieser Grundlage bietet Psychotherapie die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen das eigene Erleben und Verhalten sowie Beziehungserfahrungen zu besprechen, zu erleben und zu überprüfen und abzuwechsellern. Diese Veränderungen auszuprobieren und herbeizuführen.

#### Wer übernimmt die Kosten für eine Psychotherapie?

Die Gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für eine Psychotherapie, wenn diese zur Behandlung einer psychischen Erkrankung notwendig ist. Ambulante Psychotherapie ist eine zuzahlungsfreie Leistung. Eine Überweisung ist nicht erforderlich, die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte ist ausreichend. Ein Wechsel der Krankenversicherung muss bei Patientin oder Patient der Therapeutin oder dem Therapeuten zeitnah mitteilen. In der Psychotherapeutischen Sprechstunde klärt die Patientin oder der Patient mit der Therapeutin oder dem Therapeuten ob eine Psychotherapie oder eine andere Maßnahme für die individuelle Problemlage geeignet ist. Eine ambulante Psychotherapie, Paar-, Lebens- oder Sexualberatung ist keine Psychotherapie und wird von der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen. Diese Maßnahmen werden von entsprechenden Beratungsstellen, in der Regel kostenfrei, angeboten.

#### Wie beantrage ich eine Psychotherapie?

Vor Beginn einer Psychotherapie finden Probestunden, sogenannte Probositzungen, statt. Hierbei prüfen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut, ob die „Chemie“ zwischen Ihnen stimmt und eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann. Die Therapeutin oder der Therapeut erklärt die Vorgehensweise, Therapieziele, Behandlungsplan und voraussichtliche Therapiedauer werden gemeinsam besprochen und festgelegt. Entschieden sich Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut für eine Psychotherapie, stellt die Patientin oder der Patient bei ihrer oder seiner Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme der Kosten. Nach Eingang des Antrags prüft die Krankenkasse, ob eine Kostenzusage erfolgen kann und teilt dies der Versicherten oder dem Versicherten mit.

#### Wer führt psychotherapeutische Behandlungen durch?

Psychotherapeutische Behandlungen dürfen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, wenn diese über eine Kassenzulassung verfügen. Neben der psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Erkrankungen kann zusätzlich eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein, die jedoch nur von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden darf.

### Welche psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

#### Psychotherapeutische Sprechstunde

Die Psychotherapeutische Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind. Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine Orientierende Diagnostische Abklärung statt, bei Patientinnen und Patienten, bei denen von keiner seelischen Krankheit ausgegangen wird, werden niedrigschwellige Hilfen empfohlen.

#### Psychotherapeutische Akutbehandlung

Bei besonders dringendem Behandlungsbedarf kann eine Psychotherapeutische Akutbehandlung im Umfang von bis zu 12 Behandlungen zu je 30 Minuten Dauer in Frage kommen. Eine Akutbehandlung dient der Krisenintervention und kann – falls erforderlich – in eine Kurzzeitpsychotherapie oder in eine Langzeitpsychotherapie überführt werden. Bereits durchgeführte Therapieeinheiten der Akutbehandlung werden auf die nachfolgende Psychotherapie angerechnet. Für eine Akutbehandlung ist nur das Einzelgespräch vorgesehen.

#### Ambulante Psychotherapie

Ambulante Psychotherapie kann in allen Psychotherapieverfahren als Einzeltherapie, in einer Gruppe oder als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden, in der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting (z. B. durch Einbeziehung der Familie). Die Häufigkeit der Sitzungen kann je nach Verfahren und Behandlungsverlauf variieren und wird individuell von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut vereinbart. Die Gruppentherapie nutzt zusätzlich Beziehungserfahrungen und das wechselseitige Lernen zwischen Patientinnen und Patienten in der Gruppe für die Psychotherapie.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (wwo-g-ba.de) entscheidet, welche psychotherapeutischen Behandlungsverfahren als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt sind. Dies sind derzeit:

#### Analytische Psychotherapie

Die Analytische Psychotherapie nimmt an, dass Krankheits Symptome durch kontinuierliche unbewusste Verarbeitung von frühen und später im Leben erworbenen Lebens- und Beziehungserfahrungen verursacht und aufrechterhalten werden. In der therapeutischen Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut spielt das Erkennen und Bewusstmachen von verdrängten Gefühlen, Erregungen und Beziehungsmustern, die gegenwärtig Krankheits Symptome verursachen, eine zentrale Rolle. Dadurch kann in der Gegenwart zunächst unverständlich erscheinendes Fühlen und Handeln in der therapeutischen Beziehung verstanden und verändert werden.

#### Systemische Therapie

Die Systemische Therapie versteht psychische Störungen unter besonderer Berücksichtigung von Beziehungen. Neben der Sicht auf Belastungen stehen die Nutzung eigener Kompetenzen und Fähigkeiten der Patientin oder des Patienten bzw. ihres oder seines Umfeldes im Mittelpunkt. Die Therapie orientiert sich an den Aufträgen und Anliegen der Patientinnen und Patienten. Ziel ist es, symptomdominante Verhaltensweisen, Interaktionsmuster und Bewältigungsversuche zu helfen und neue, gesundheitsfördernde Lösungsansätze zu entwickeln. In die Therapie können Lebenspartnerinnen und Lebenspartner oder andere wichtige Bezugspersonen einbezogen werden. Die Systemische Therapie im Mehrpersonensetting, die dann beispielsweise gemeinsam mit der Kernfamilie oder der erweiterten Familie stattfindet, nutzt die Angehörigen als Ressource für die Behandlung und die Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen.

#### Teilepsychologisch fundierte Psychotherapie

Die Teilepsychologisch fundierte Psychotherapie sieht Krankheits Symptome als Folge von aktuellen Konflikten in Beziehungen oder von nicht bewältigten Beziehungserfahrungen und Konflikten aus früheren Lebensphasen. Diese Konflikte und Erfahrungen können das spätere Leben bestimmen und psychische Erkrankungen zur Folge haben. Ziel der Behandlung ist es, die zugrundeliegenden unbewussten Motive und Konflikte der aktuellen Symptome zu erkennen und sich mit diesen auseinandersetzen. Patientin oder Patient werden in der Psychotherapie dabei unterstützt, durch Einsichten in die Zusammenhänge und Ursachen der aktuellen Symptome Veränderungen im Erleben oder Verhalten zu erreichen.

#### Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass psychische Beschwerden das Ergebnis von bewussten und nichtbewussten Lernprozessen sind. Zu Beginn der Behandlung wird gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten erarbeitet, welche Bedingungen ihrer oder seiner Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Symptomatik beigetragen haben und weiter wirksam sind. Auf dieser Grundlage werden gemeinsam die Therapieziele und der Behandlungsplan festgelegt. In der Verhaltenstherapie wird die Patientin oder der Patient zur aktiven Veränderung ihres oder seiner Handlung, Denkens und Fühlens motiviert und angeleitet. Dabei werden die bereits vorhandenen Stärken und Fähigkeiten herausgearbeitet und für den Veränderungsprozess nutzbar gemacht.

Formular PTV 10  
Seite 1 von 1  
März 2019  
Muster PTV 10/2019

Formular PTV 10  
Seite 1 von 1

# 2. Psychotherapeutische Sprechstunde

Bleibt der Patient **nicht** bei Ihnen?

- Unterstützung bei der weiteren Suche
- Aushändigung von Infomaterialien
- Einweisung in eine Klinik?
- Überweisung an einen Psychiater?

[Ausfüllhilfe: Formblatt PTV 11 – Individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde \(kbv.de\)](#)

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

**Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde** PTV 11

Bitte Anrede und Name vollständig eingeben und Nachnamen eine weitere Eingabe.  
Bitte legen Sie alle Informationen bei der Weiterleitung vor.

1. Datum oder ggf. Datum der letzten 30 Minuten der Sprechstunde

2. Angaben der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Ein Brief werden keine durchgeführt für eine  
sonst über eine persönliche Beratung vorzuziehen

Ein Brief werden folgende Angaben in  
den Antragsunterlagen angegeben

Bitte geben Sie Ihre Telefonnummer an (wenn möglich) und ggf. Ihre bevorzugte Kontaktzeit

3. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahmen notwendig

Psychotherapie

ärztliche Psychotherapie

Anästhetische Psychotherapie

Systemische Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Somatotherapie

traumatische Ablösung

technische Ablösung

psychische Psychotherapeutische Maßnahmen

ärztliche Behandlung

Hilfsmittelabgabe

Psychotherapie

andere Maßnahmen, die nicht bei gesetzlichen Krankenkassen möglich sind

Bitte Angaben zu den Empfehlungen

4. Bei nächster Termin

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis weitergeführt werden

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

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Weitervermittlung  selbst erledigen

5. Erklärung Patient\*in

Sie haben diese Information auf erhalten:  
Name (vollständiger Name, Hausnummer)

Stunde: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

6. Ausfüllhilfe

Ausfüllhilfe: Formblatt PTV 11 – Individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

# FormDruck bei PsyPrax

Formular-Druck X

Im Rahmen der Blankoformularbedruckung darf nur Sicherheitspapier verwendet werden.

Ansicht  
 Standard  Erweitert

Drucken  Druckereinrichtung  Reportdesigner Formularauswahl bearbeiten

Chipkopf A5 hoch		Privatrechnung
Chipkopf A5 quer		Befundanforderung
Chipkopf A4		Schweigepflicht
Fehlende KV-Karte/Überw.		Berichtspflicht
PTV1	Überweisung	Brief
PTV2		Terminversäumnis
PTV10	Rezept	Patientenquittung
PTV11		Für Pat: Termine
PTV12	Einweisung	Attest
		Alle Kontakte
	Soziotherapie	Therapievertrag
7. Überw. z. Konsil.	Krankenbeförderg.	Briefumschlag
Mitteilung an Kasse	Häusliche Krankenpfl.	Etiketten
Beiblatt	PTV3	Terminbestätigung
Konsiliarbericht		Karteikarte (DINA4)
		Verlauf
	Heilmittelverordnung	
	Hilfsmittel	Verordnung Reha
	Bericht Hausarzt	

Druckarchiv

▾

Druckdatum	Formular



# 2. Psychotherapeutische Sprechstunde

Patientinnen und Patienten haben **Anspruch** auf eine Weitervermittlung über die Terminservicestelle ([www.116117.de](http://www.116117.de), **Tel. 116 117**) für die sich aus der Abklärung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine (§ 75 Abs. 1a SGB V).

**Bei der Empfehlung** für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung wird davon ausgegangen, dass diese immer zeitnah erforderlich ist.

**Bei der Empfehlung** für eine ambulante Psychotherapie muss explizit angegeben werden ob diese „zeitnah erforderlich“ ist oder nicht.

Sollte eine **Vermittlung über die Terminservicestelle** erforderlich sein (z. B. weil die Behandlung in Ihrer Praxis nicht durchgeführt werden kann oder weil keine eigenständige Vermittlung an eine andere Praxis möglich ist etc.), müssen folgende Angaben gemacht werden:

**Bei Empfehlung** für eine ambulante Psychotherapie (vgl. Angaben in Punkt 3) geben Sie immer „Weitervermittlung“ an. Geben Sie an, ob diese „zeitnah erforderlich“ ist oder nicht.

Nur wenn Sie angeben, dass die Weitervermittlung „zeitnah erforderlich“ ist, hat die Patientin oder der Patient einen Anspruch auf die Vermittlung von probatorischen Sitzungen über die Terminservicestelle.

**Bei Empfehlung** für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung (vgl. Angaben in Punkt 3), geben Sie immer „Weitervermittlung“ und immer „zeitnah erforderlich“ an.

# 3. Probatorische Sitzungen

- Hier soll geklärt werden, ob die Voraussetzungen für eine Behandlung in einem bestimmten Verfahren nach §15 der Psychotherapie-Richtlinie erfüllt sind.
- Indikation und Symptomatik sollte bereits in der Psychotherapeutischen Sprechstunde geklärt worden sein.
- Probatorik gilt nicht als Psychotherapie laut Richtlinie.
- Es müssen bei Erwachsenen mind. 2 max. 4 probatorische Sitzungen durchgeführt werden.
- Es müssen bei Kinder und Jugendlichen mind. 2 max. 6 probatorische Sitzungen durchgeführt werden.

# 3. Probatorische Sitzungen

- Die Probatorik dient zur weiteren
  - Diagnostik
  - Motivationsabklärung
  - Kooperations-und Veränderungsfähigkeit
  - Entwurf eines Behandlungsplans (im Verfahren)
  - Zielsetzung der Behandlung
  - Basis der Therapie <-> gibt es eine Vertrauensbasis

# 3. Probatorische Sitzungen

- Klären sie Rahmenbedingungen in dieser Phase der Therapie
  - Behandlungsvertrag, Ausfallhonorar
  - Datenschutzerklärung
  - Schweigepflichtentbindung
  - Bericht an den Hausarzt
  - PTV 1
  - PTV 2
  - Konsiliarbericht
  - Regelm. Termine a 50 Minuten

# 3. Probatorische Sitzungen

Schließen sie einen  
Psychotherapie-Vertrag ab

**Psychotherapie-Vertrag**

Praxisname: \_\_\_\_\_

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen \_\_\_\_\_ nachfolgend Psychotherapeutin genannt

und

PraxisName: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

ggf. Sorgeberechtigter mit Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungsreferenz: \_\_\_\_\_

(bei betrieblicher Patienten): \_\_\_\_\_

nachfolgend Patientin genannt

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Die Psychotherapeutenkosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten/In abgerechnet werden:

- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der \_\_\_\_\_ Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenzustand-Vorgehensart.
- Ich bin privat versichert bei \_\_\_\_\_ Die Psychotherapeutenkosten werden mir durch den/ die Psychotherapeuten/In gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin beihilferechtigt, Beihilfenutzer: \_\_\_\_\_ Die Psychotherapeutenkosten werden mir durch den/ die Psychotherapeuten/In gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfeprivaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin weder gesetzlich Krankenversicherung versichert, noch wünsche eine Privatversicherung mit Kostenerstattung durch meine Krankenkasse. Die Psychotherapeutenkosten werden mir durch den/ die Psychotherapeuten/In gemäß GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenkasse die Kosten gemäß § 13 Abs. 1 oder § 13 Abs. 2 erstatten lassen.
- Ich möchte die Psychotherapeutenkosten selbst zahlen. Die Psychotherapeutenkosten werden mir durch den/ die Psychotherapeuten/In gemäß GOP in Rechnung gestellt.
- Die Psychotherapeutenkosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:  
\_\_\_\_\_

DPW Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung Psychotherapeuten

1

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Informationen können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychosomatische Psychotherapie Marie-Alice Fernholz-Stübe

Adresse: Johannissr. 47, 24306 Kiel

Kontaktdata: 04522 789940, kjpmab@gmx.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Marie-Alice Fernholz-Stübe

Anschrift: Johannissr. 47, 24306 Kiel

Kontaktdata: 04522 789940, kjpmab@gmx.de

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Gemeinschaften sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre Einwilligung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Psychotherapeutenkammer Kiel

Anschrift: Sophienblatt 92-94, 24114 Kiel

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 (j), (h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 (j), (b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ich \_\_\_\_\_ habe die Datenschutzerklärung gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# 3. Probatorische Sitzungen

<https://www.dptv.de/>

PsyPrax

**PRAXISFORMULAR: KJP-PRAXIS**

 **DPTV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung**

### Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

sorgeberechtigte Kindermutter  
 sorgeberechtigter Kindesvater  
 sonstige Sorgerechtsfähigkeit  
(ausweislich des Amtszeichens)

entbinde hiermit \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname anderer Psychotherapeuten

von der Schweigepflicht und bin mit der Weitergabe von Behandlungsdaten bezüglich  
meiner Schwesterntochter \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

geboren am: \_\_\_\_\_  
zum Zwecke der \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

an folgende Person/en oder Einrichtung/en:

einverstanden.

Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

 **DPTV Deutsche Psychotherapeutenvereinigung Praxisformular**

KM Knappschaft 01  
Dres. Verena des Vorstands  
Fernholz-Bialas  
Marie-Alice 23.02.83  
Dorfstr. 54  
D 24256 Fargau-Pratzkau  
Geburtsort: Fargau-Pratzkau  
101305000 133382736 1000000  
Merkzeichen: 999999900 28.02.23

**Dr. Demonia Demond**

Streuwegstr. 4, 24103 Kiel  
Dres. Tesch, Bromisch und Kollegen Gemeinschaftspraxis  
Euliner Str. 17-18  
24306 Plön

### Schweigepflichtentbindung

Ich,  
Fernholz-Bialas Marie-Alice  
geboren am: 23.02.1983  
Anschrift: Dorfstr. 54  
24256 Fargau-Pratzkau

entbinde hiermit  
Frau  
Dr. Demonia Demonia

von der abringenden Schweigepflicht des §203 Strafgesetzbuch (StGB)  
gegenüber folgenden Personen/Institutionen:

- 1.) Dres. Gemeinschaftspraxis Tesch, Bromisch und Kollegen, Euliner Str. 17-18, 24306 Plön
- 2.) \_\_\_\_\_
- 3.) \_\_\_\_\_

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich  
gegenüber Frau Dr. Demonia Demonia anvertraut habe.

Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen. Sie gilt wechselseitig  
zwischen den entbundenen Personen/Institutionen.

28.02.2023  
Ort, Datum Marie-Alice Fernholz-Bialas

Marie-Alice Fernholz-Bialas, Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeutin

# 3. Probatorische Sitzungen

Welche Unterlagen sollen weitergegeben werden?

**Patientenklärung**  
zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung  
an den Hausarzt  
gemäß der EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4

Liebe Patientin, lieber Patient,

seit dem 01.01.2006 gilt, dass Psychotherapieleistungen nur abgerechnet werden können, wenn gegenüber dem Hausarzt über die psychotherapeutische Behandlung schriftlich Bericht erstattet wird. Dieser muss zu Beginn und nach Ende der Behandlung und zusätzlich einmal im Jahr bei Psychotherapien, die länger als ein Jahr dauern, erstellt werden. Ihre schriftliche Bestätigung ist notwendig, sie kann jederzeit widerrufen werden\*. Wenn Sie als Patient einen Bericht an den Hausarzt nicht wünschen oder wenn kein Hausarzt angegeben werden kann, entfällt der Bericht.

Ich bitte Sie, mir mit Ihrer Unterschrift folgendes zu bestätigen:

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen schriftlichen Bericht erhält.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass meinem Hausarzt über die Psychotherapie schriftlich berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für meinen Hausarzt wichtig sein, wird sich mein Psychotherapeut mit ihm nach Absprache mit mir in Verbindung setzen.
- Mein Facharzt hat mich überwiesen. Ich bin nicht einverstanden, dass mein Facharzt einen schriftlichen Bericht erhält, der dann in Kopie an meinen Hausarzt geht.
- Ich habe keinen Hausarzt.

\_\_\_\_\_  
DNV Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten / des Erziehungsberechtigten

\* § 73 Abs. 10 Fortbildungsgesetz (FGG) V

 DPTV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

# 3. Probatorische Sitzungen

Berichtspflicht an den Hausarzt?

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	PLZ	Postfach	PLZ	Postfach	PLZ	Postfach
Mittelschwermetalle									
Abstrich									
Name									
Geburtsdatum									
Geburtsort									
PLZ									
Postfach									

**HAUSARZT**  
Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

**FACHARZT** **Klinik**  
Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

**Bericht an den Hausarzt und ggf. an den Facharzt  
über die psychotherapeutische Behandlung  
gemäß des Leistungsinhaltes der EBM-Ziffer 01600**

Sehr geehrte(r) Frau / Herr,

Ihre oben genannte Patientin/Ihr oben genannter Patient

- hat sich bei mir am ..... vorgestellt
- befindet sich seit ..... bei mir in Psychotherapie.
- Diagnose: .....

Zur Diagnose und dem indizierten Behandlungsverfahren ist Folgendes mitzuteilen:

- es besteht keine Indikation für die Aufnahme/Fortführung der Psychotherapie
- Psychotherapie ist indiziert und wurde aufgenommen
- Psychotherapie ist weiterhin indiziert und wird fortgesetzt
- Sonstige Mitteilungen: .....

.....

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum \_\_\_\_\_ **Stempel / Unterschrift des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin**

© 2010 Deutsche Psychologinnen-Vereinigung, Dr. A. Czekalski

# FormDruck bei PsyPrax

Sehr geehrte Frau Fernholz-Bialas,

laut EBM (Gebührenordnung für Abrechnung) bin ich gesetzlich verpflichtet, Ihrem Hausarzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner ausdrücklichen Schweigepflichts-entbindung Ihrerseits, sondern es besteht für mich eine gesetzliche Offenbarungspflicht.

Allerdings können Sie mich von dieser Offenbarungspflicht entbinden, falls dies Ihr Wunsch ist.

Ich bitte Sie, mir mit Ihrer Unterschrift folgendes zu bestätigen (Ihre Unterschrift ist nach den

Ich bitte um die quartalsweise Übermittlung eines Berichtes an meinen Hausarzt. Im Falle einer

Name des Hausarztes:

Strasse:

PLZ und Ort:

Ich habe keinen Hausarzt.

Ich möchte KEINE quartalsweise Übermittlung eines Berichtes.

Bitte auch eine Kopie des Berichtes (nachrichtlich) an mich selbst.

Bitte auch eine Kopie des Berichtes an den Überwaiser, falls dies nicht der Hausarzt war.

Ich bin nicht damit einverstanden.

Diese Vereinbarung gilt bis auf Widerruf. Selbstverständlich kann nach Absprache mit mir zwischen den behandelnden Ärzten / Therapeuten kommuniziert werden, soweit es für die Behandlung erforderlich ist.

-----  
Datum

Fernholz-Bialas Marie-Alice



# FormDruck bei PsyPrax

PTV1 Datensatz 1 aus 1

Blankodruck  Markierten Druck kopieren  ChipKopf drucken  Inhalt drucken  Datum drucken

**Therapieform**

Analytische PT  Einzel

Tiefenpsychologisch  Gruppe

Verhaltenstherapie  Kombination

Systemische Therapie

**Antrag**

Erstantrag  Folgeantrag

Mind. 50 Min. PT-Sprechstunde in den letzten 12 Monaten am

Stationäre oder Reha-Behandlung in den letzten 12 Monaten

Ambulante PT in den letzten 2 Jahren

Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Unfallversicherung).

**Geschäftsstelle**

Kassenname

Filiale

Strasse

PLZ  Ort

Datum

**PsyPrax**

Wollen Sie das Bild aus der Zwischenablage beim Patienten "Fernholz-Bialas Marie-Alice" (Pat.-ID#145) ablegen?  
(Grundeinstellung in Dokumentenverwaltung -> Menü "Extras")

# FormDruck bei PsyPrax

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
KN Knappschaft		01
Name, Vorname des Versicherten		
Fernholz-Bialas		
Marie-Alice		23.02.83 <small>geb. am</small>
Dorfstr. 54		
D 24256 Fargau-Pratjau		
Kostenträgernummer	Versicherung-Nr.	Stichtag
101305000	L133382736	1000000
Betriebsratler-Nr.	Arzt-Nr.	Dst.-Fl.
	999999900	28.02.23

## Antrag auf Psychotherapie

PTV 17



### Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigt die Krankenkasse von Ihnen einige wichtige Informationen. Ihre Mitwirkung ist in den Paragraphen 80 bis 85 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 (§ 68 SGB I). Ihre Therapeutin und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

Name und Anschrift der Kfz-Krankasse  
Stassenplatz 4, 24109 Kiel

KN Knappschaft

44781 Bochum

### Kostenträger

In bestimmten Fällen übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern ein anderer Kostenträger die Psychotherapie (z. B. bei Folgen eines Unfalls).

Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig  
 (z. B. Unfallversicherung).

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

als

- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

Ich beantrage die Psychotherapie als

- Erstantrag
- Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

Bei Kostenträger bitte ausfüllen

Marie-Alice Fernholz-Bialas, Kinder- und  
 Jugendlichenpsychotherapeutin

Name und Anschrift der Krankenkasse

### Angaben Therapeut\*in

PTV 2



1. Chiffre Patient\*in

Anfangsbuchstabe (Geburtsdatum der Familienname) | Geburtsdatum | 8-stellig

2. Diagnose(n) (ICD-10 - GH einträndig)

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

3. Psychotherapie

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> für Erwachsene (EW)                               | <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) | <input type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie                     |
| <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KJG)                  | <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) | <input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie                    |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP)                   | <input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als | <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit                        |
| <input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST)                         | <input type="checkbox"/> Erstantag                  | <input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie                        |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) | <input type="checkbox"/> Umwandlung                 | <input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie                       |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)                           | <input type="checkbox"/> Fortführung                | <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

6. Bei Erweitern angeben:

Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt

Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:

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

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

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

Absehbare  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 Kassenzentralen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

Ausfertigung Krankenkasse

Geneset | Universitäts-Therapeut\*in  
100k, Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Name, Vorname des Antragers			
geb. am			
Muttername des Antragers		Geburtsort	
Geburtsdatum des Antragers		Geburtsort	

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

1 Auf Verlassung von:


Name des Therapeuten:

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, Differential- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen (st./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. 01610 (DfP) verbindlich

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ausfertigung für den Therapeuten

**Freigabe 01.09.2014**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Krankengemeinschaft	Versicherungs-Nr.	Status
Berufskategorie-Nr.	Art-Nr.	Einheit

## Überweisung

Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur  
Abklärung somatischer Ursachen

7

**1** Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:

---

Diagnose

---

**2** Information für den Arzt:

---

Ich bitte um kurze Mitteilung des körperlichen  
Status soweit für die psychotherapeutische  
Behandlung relevant.  
(ggf. psychiatrische Abklärung/Medikation  
geplant)

---

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

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Stempel/Unterschrift des Therapeuten

(Maier 7 (04.2014))

[www.kbv.de/media/sp/o2\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/o2_Erlaeuterungen.pdf)

# FormDruck bei PsyPrax

Überw. zum Konsil

Blankodruck  Markierte Überw. kopieren  ChipKopf drucken  Inhalt drucken  Stempel drucken  Datum drucken

Diagnose  ICD ohne Legende

Bitte um kurze Mitteilung des körperlichen Status soweit für die psychotherapeutische Behandlung relevant. **TB**

Information für den Arzt (Achtung Platz im Vordruck ist begrenzt)

Dat

Textbausteine

Elter

Kürzel  
f  
Klar  
**Konsil**

Bitte um kurze Mitteilung des körperlichen Status soweit für die psychotherapeutische Behandlung relevant.

Neu Löschen Abbruch OK

# FormDruck bei PsyPrax

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
KN Knappschaft		01
Name/Vorname des Versicherten		
Fernholz-Bialas		
Marie-Alice		geb. am 23.02.83
Dorfstr. 54		
D 24256 Fargau-Pratjau		
Kostenzählernummer	Verichte lern-Nr.	Klassifiz.
101305000	L133382736	1000000
Betriebsstellen-Nr.	Akt.-Nr.	Datum
	999999900	28.02.23

## Überweisung

7

Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur  
Abklärung somatischer Ursachen  
Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:

### Information für den Arzt:

Bitte um kurze Mitteilung des körperlichen Status soweit für die psychotherapeutische  
Behandlung relevant.

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

Ausstellungsdatum

28.02.23

John-R. Heister-Institut
999999900
Stellen- / Unterschrift des Therapeuten
KEV-PRF.NR. Y19/220124/048
Muster 7/E (10.2014)

Dieses Formular wurde in der Fassung 1.4 des Systems 6 erzeugt

Marie-Alice Fernholz-Bialas, Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeutin

# 3. Probatorische Sitzungen

Beiblatt an die Krankenkasse siehe PsyPrax

Unterschriften beider Eltern bei getrenntlebenden Eltern

Klärung der Gesundheitsfürsorge bei Pflegekindern/Heimkindern

# FormDruck bei PsyPrax

Beiblatt

Chipkartendaten  Datum  Briefkopf

Erstantrag       KZT1  
 Fortführungsantrag       KZT2  
 Umwandlungsantrag       Zweitgutachten  
 (obsolet:Erg.Antrag)       Akuttherapie

Kassenname: KN Knappschaft ...  
Filiale:   
Strasse:   
PLZ / Ort: 44781 Bochum

**TB**

als Anlage übersende ich gemäß Psychotherapierichtlinien und -vereinbarungen die Psychotherapieantragsunterlagen der oben genannten Patientin. Es handelt sich um einen Kurzzeitantrag 1 (1.- 12. Sitzung).

PTV1, PTV2, Konsiliarbericht

Datum	Typ
	Erstantrag

Neu    Löschen    Drucken    Vorschau    Druckereinrichtung

Terminplaner    Patienten    Formular-Druck    PTV1    Überweisung    PTV11    Erklärung des Pat. zur Berichtspflicht    Verordnung Heilmittel    Ueberw. zum Konsil    Beiblatt

# 3. Probatorische Sitzungen

## Beiblatt

Sehr geehrte Damen und Herren,

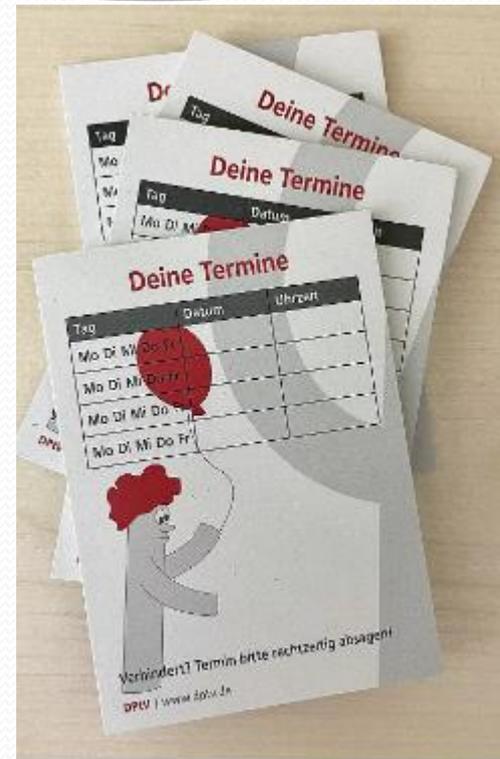
als Anlage übersende ich gemäß Psychotherapierichtlinien und -vereinbarungen die Psychotherapieantragsunterlagen der oben genannten Patientin. Es handelt sich um einen Kurzzeitantrag 1 (1.- 12. Sitzung).

Mit freundlichem Gruß

Dr. Demonia Demond

### Anlagen

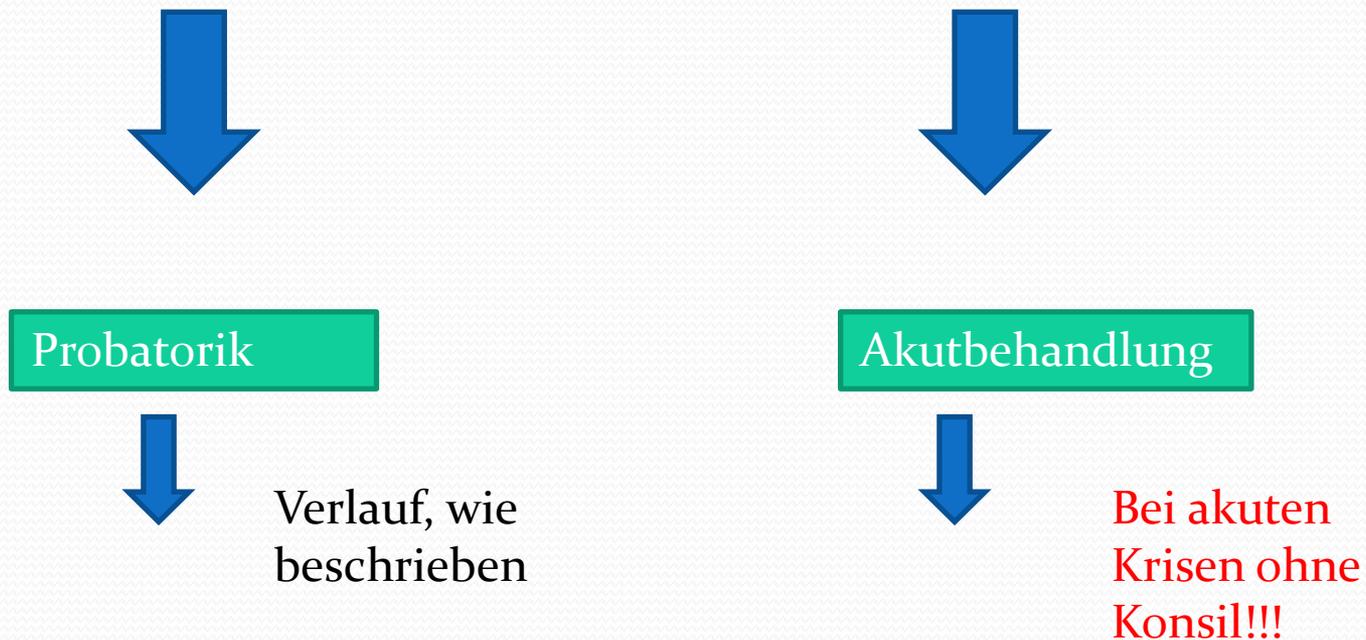
PTV1, PTV2, Konsiliarbericht



Marie-Alice Fernholz-Bialas, Kinder- und  
 Jugendlichenpsychotherapeutin

# 4. Akuttherapie

im Anschluss der Psychotherapeutischen Sprechstunde





# FormDruck bei PsyPrax

PTV12 Datensatz 1 aus 1 X

## Anzeige der Akutbehandlung

Blankodruck  ChipKopf drucken  Inhalt drucken  Stempel drucken  Datum drucken !

Akutbehandlung

Akutbehandlung für

Erwachsene  Kinder/Jugendliche

Beginn am

Diagnosen

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

Die/Der Versicherte wurde bei mir in den letzten 6 Monaten psychotherapeutisch behandelt

In den letzten 12 Monaten mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde

am  und ggf. am   in anderer Praxis

PsyPrax

Wollen Sie das Bild aus der Zwischenablage beim Patienten "Fernholz-Bialas Marie-Alice" (Pat.-ID=145) ablegen?  
(Grundeinstellung in Dokumentenverwaltung -> Menü "Extras")

Geschäftsstelle

Kassenname  
 ...

Filiale

Strasse

PLZ Ort

Druckdatum

# 5. Klinik

Überweisung an eine Institutsambulanz einer Psychiatrie oder Psychiater oder Facharzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Überweisungsschein</b>		06 Quartal		
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 118b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Q J J J Geschlecht
geb. am			<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfälligen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		T T M M J J J	
Überweisung an							
Kostenträgerkennung	Verachtern-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	ALL bis	T T M M J J J
Bereitschaften-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V				
Diagnose/Verdachtsdiagnose							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
Befund/Medikation							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
Auftrag							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes							
Muster 6 (10.2018)							

# FormDruck bei PsyPrax

Überweisung

Blankdruck  Markierte Überweisung kopieren  ChipKopf drucken  Inhalt drucken  Stempel drucken

Leer  Kurativ  Präventiv  Belegärztlich  §116b Quartal: 1/2023  
 KN Knappschaft

Unfall  eingeschränkter Leistungsanspruch §16 AU bis

OP-Datum

Leer  Auftrag  Konsil  Mit-Weiterbeh.

ÜV an:

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Bankenkasse / evtl. Co. einlösen  
 KN Knappschaft 01  
 Name, Boname des Versicherten  
 Fernholz-Bialas  
 Marie-Alice 23.02.83  
 Dorfstr. 54  
 D 24256 Fargau-Pratjau  
 Geburtsdatum  
 Versicherungsnummer  
 101305000 L133382736 Status 1000000  
 Sozialversicherungsnummer  
 999999900 Datum 28.02.23

Überweisungsschein

Kurativ  Präventiv  Behandl. gemäß § 116b SGB V  bei belegärztl. Behandlung  
 Unfall  Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

AU bis

Ausführung von Auftragsleistungen  Konsiliaruntersuchung  Mit-Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

06BF  
 Quartal 1 23  
 Geschlecht W

John-Rittmeister-Institut  
 999999900  
 Verlangensbeleg / Unterschrift des Arztes

Muster 6/E (10.2019) PPF-Nr. 10920104/348

# 5. Klinik

## Einweisung in eine Psychiatrie

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung 2</b> <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>		
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	AzH-Nr.	Datum			
Diagnose			<input type="checkbox"/> Begleitbehandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleistungen (BVG) Nächstverwandter, geeignete Krankenkasse		
Bitte die Rückseite beachten!			Vertragstempel / Unterschrift des Arztes Muster 2a (13.2014)		

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Vom Krankenhaus ausfüllen:

Krankenhausaufnahme

erfolgt(e) am \_\_\_\_\_

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung 2</b> <small>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</small>		
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	AzH-Nr.	Datum			
Diagnose			<input type="checkbox"/> Begleitbehandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleistungen (BVG) Nächstverwandter, geeignete Krankenkasse		
Bitte dem Patienten gesondert entgegen!			Vertragstempel / Unterschrift des Arztes Muster 2b (13.2014)		

Bitte dem Patienten gesondert entgegen!

Untersuchungsergebnisse

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

Mitgegebene Befunde

Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Muster 2b (13.2014)

ernholz-Bialas, Kin  
psychotherapeutin

# FormDruck bei PsyPrax

Einweisung Datensatz 1 von 1 X

Blankodruck

**Diagnose** 

Belegarzt  Notfall  
 Unfall  Versorg.leiden

Nächstes Krankenhaus

Krankenhaus:

**Untersuchungsergebnisse**

**Bisherige Maßnahmen**

**Fragestellung**

**Befunde**

# 6. Langzeittherapie

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

**Unterlagen für das Gutachtenverfahren**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen) **PTV 8**

1 Chiffre Patient\*in            
Anfangsbuchstabe | Geburtsdatum des Familiennamens | 8-stellig

2 Begutachtung einer  AP  ST  TP  VT  
 KJu  Erw  
 Einzelbehandlung  Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung

3 Antragsart  LZT Erstantrag  LZT Umwandlung  LZT Fortführung  
 KZT 1  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

Stempel / Unterschrift Therapeut\*in

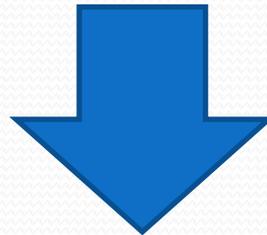
Marie PTV 8 (7.2020)

# 6. Langzeittherapie

Gutachter



Bericht an den Gutachter nach PTV 3  
PTV 2  
Konsil  
Befunde Klinik  
Befunde Psychiater



In den verschlossenen Umschlag  
PTV 8

Krankenkasse



PTV 1  
PTV 2  
PTV 8  
Anschreiben  
in einen Briefumschlag

# 6. Langzeittherapie

## 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 „AP“, „ST“, „TP“ oder „VT“ sind nur bei einem Bericht für das entsprechende Psychotherapieverfahren zu berücksichtigen. Die Angaben können stichwortartig erfolgen.*

*Im Rahmen einer Psychotherapie können relevante Bezugspersonen zur Erreichung eines Behandlungserfolges einbezogen werden. Angaben zur Einbeziehung von Eltern und Bezugspersonen sind insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, bei Menschen mit geistiger Behinderung oder in der Systemischen Therapie relevant. Relevante biografische Faktoren sollen im Rahmen der Verhaltensanalyse (VT), der Psychodynamik (TP, AP) bzw. der System- und Ressourcenanalyse (ST) 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 Schularart, 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; ggf. diesbezügliche Angaben von Eltern und Bezugspersonen, bei Kindern und Jugendlichen Informationen aus der Schule
- Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes
- Psychischer Befund
- Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten; ggf. der relevanten Bezugspersonen
- Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

#### **3. Somatischer Befund/ Körperliche Befunde**

Marie-Alice Fernholz-Bialas, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Anlage übersende ich gemäß Psychotherapierichtlinien und -vereinbarungen die Psychotherapieantragsunterlagen der oben genannten Patientin. Es handelt sich um einen Umwandlungsantrag. Ich bitte um Weiterleitung an den Gutachter.

Bitte nicht an Gutachter: Frau Dipl. Päd. Christine Schüler

Mit freundlichem Gruß

Dr. Demonia Demond

Anlagen

PTV1, PTV2, Umschlag für den Gutachter mit PTV2

# 7. Was dürfen Psychotherapeuten noch?

- Ergotherapie, Formular 13
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege, Formular 12
- Soziotherapie, Formular 12
- Reha, Formular 61
- Krankenhausbehandlung, Formular 2
- Krankenförderung, Formular 4

**[https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Psychotherapeuten.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Psychotherapeuten.pdf)**

## AUF EINEN BLICK

## DAS WICHTIGSTE ZU DEN SECHS LEISTUNGEN

➤ **ERGOTHERAPIE** / damit Patienten Handlungsfähigkeit (wieder)erlangen / nur bei psychischen Erkrankungen / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Verordnung auf Formular 13. Seite 7

➤ **PSYCHIATRISCHE HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE** / damit Patienten mit praktischer Anleitung und Training durch die Pflegekraft die Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des Alltags verringern / nur bei schweren psychischen Erkrankungen / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Verordnung auf Formular 12. Seite 9

➤ **SOZIOThERAPIE** / damit Patienten ambulante Therapiemöglichkeiten in Anspruch nehmen, um Krankenhausbehandlung zu vermeiden / nur bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Erst- und Folgeverordnung auf Formular 26 / extrabudgetäre Vergütung. Seite 11

➤ **MEDIZINISCHE REHABILITATION** / damit Patienten den Alltag wieder eigenständig meistern / nur aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen / in bestimmten Fällen mit gesonderter Abstimmung mit dem Arzt / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Verordnung auf Formular 61 Teil B – D / extrabudgetäre Vergütung. Seite 14

➤ **KRANKENHAUSBEHANDLUNG** / zur medizinischen Versorgung eines Patienten im Krankenhaus / nur aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen / in bestimmten Fällen mit gesonderter Abstimmung mit dem Arzt / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Verordnung auf Formular 2. Seite 16

➤ **KRANKENBEFÖRDERUNG** / Fahrt zur psychotherapeutischen Behandlung / muss im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung zwingend notwendig sein / in der Regel Zuzahlungspflicht für Patienten / Verordnung auf Formular 4. Seite 18

# 8. Kurzarztberichte

- an den Hausarzt/ Kinderarzt
- an Mitbehandler, Psychiater
- an die Klinik
- an das Jugendamt ?
- Stellungnahme nach § 35 a, Abs. 1 SGB VIII, Eingliederungshilfe

# 9. Bescheinigungen

- Schulbescheinigungen, Arbeitgeberbescheinigungen
- Nachteilsausgleich aufgrund einer psychischen Erkrankung

# Hilfen im Formularurwald

[Formulare in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung \(kbv.de\)](#)

[KVRLP Wegweiser-PT.pdf \(kv-rlp.de\)](#)

[Ergotherapie \(kbv.de\)](#)

[https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Soziotherapie.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Soziotherapie.pdf)

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

# Fragen????



# Anträge, Formulare und Co.

Wie mache ich was?

Teil 2

# Weitere Anträge

- Ergotherapie
- Krankenhausbehandlung
- Soziotherapie
- Krankenförderung
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege
- Medizinische Reha

# Ergotherapie

Zust.- Lage- Platz	Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Heilmittelverordnung 13</b>	
Zust.- Lage- Platz	Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Urfahr- Lage				
ÖstG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
	Betriebsärztin-Nr.	Arzt-Nr.	Unfall-	
7	<b>Behandlungsrelevante Diagnose(n)</b> ICD-10 - Code			
<b>Diagnose- gruppe</b>	<b>Leitsymptomatik</b> gemäß Heilmittelkatalog	a	b	c
	Leitsymptomatik patientenindividuelle Leitsymptomatik <small>Leitsymptomatik patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben!</small>			
5	<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b> Heilmittel		3 Behandlungseinheiten	
	Ergänzendes Heilmittel			
6	<b>Therapiebericht</b>	<b>Hausbesuch</b>	5 ja	6 nein
				7 Therapie- frequenz
10	<b>Dringlicher Behandlungsbedarf</b> (innerhalb von 14 Tagen)			
11	<b>ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</b>			
12	IK des Leistungserbringers		Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 13 (10.2020)

# Ergotherapie

## ERGOTHERAPIE: DIAGNOSEGRUPPEN UND VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

### DIAGNOSEGRUPPE PS1

Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend, zum Beispiel:

- › ADS/ADHS
- › Frühkindlicher Autismus
- › Störung des Sozialverhaltens
- › Essstörung (z. B. Anorexie, Bulimie)
- › Emotionale Störung im Kindesalter

### VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Psychisch-funktionelle Behandlung
- › Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung
- › Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

### DIAGNOSEGRUPPE PS2

Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen, zum Beispiel:

- › Angststörungen
- › Zwangsstörungen
- › Essstörungen
- › Borderline-Störung

### VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Psychisch-funktionelle Behandlung

### DIAGNOSEGRUPPE PS3

Wahnhaft und affektive Störungen/ Abhängigkeitserkrankungen Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen, zum Beispiel:

- › Schizophrenes Residuum
- › Sonstige Schizophrenie

Affektive Störungen, zum Beispiel:

- › Depressive Störungen

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, zum Beispiel:

- › Abhängigkeitssyndrom

### VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Psychisch-funktionelle Behandlung
- › Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

### DIAGNOSEGRUPPE PS4

Dementielle Syndrome, zum Beispiel:

- › Morbus Alzheimer, insbesondere im Stadium der leichten Demenz

### VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

### DIAGNOSEGRUPPE EN1

Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Gehirn)/Entwicklungsstörungen, zum Beispiel:

- › Zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie, Tumor
- › Schädel-Hirn-Trauma
- › Morbus Parkinson

### RELEVANTE VERORDNUNGSFÄHIGE HEILMITTEL

- › Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
- › Motorisch-funktionelle Behandlung
- › Psychisch-funktionelle Behandlung
- › Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

# Ergotherapie

Hieran sollen sich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bei ihrer Verordnung orientieren, sie können bei medizinischem Bedarf davon abweichen.

- PS<sub>1</sub>-PS<sub>4</sub>: bis zu 40 Einheiten
- EN<sub>1</sub>: bis zu 40 Behandlungseinheiten (bis zu 60 Einheiten für Kinder und Jugendliche längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)

Höchstmenge je Verordnung:

- PS<sub>1</sub>-PS<sub>4</sub>, EN<sub>1</sub>: jeweils bis zu 10 Einheiten

Frequenz

- Empfohlen wird eine Frequenzspanne von ein- bis dreimal pro Woche.

# Ergotherapie

## FALLDARSTELLUNG

➤ Eine Achtjährige zeigt ein hyperkinetisches Problemverhalten. Auffällig sind eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende motorische Aktivität sowie exzessive Ruhelosigkeit. Das beschriebene Problemverhalten zeigt sich vor allem in Situationen, die relative Ruhe verlangen, zum Beispiel im Schulunterricht oder beim gemeinsamen Essen mit der Familie.

Mit dem sensomotorisch-perzeptiven Behandlungsansatz soll die Entwicklung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas gefördert werden. Es werden Strategien entwickelt, um die vorherrschende Unruhe zu integrieren beziehungsweise im Alltag situationsgerechter damit umzugehen. Eine zentrale Rolle dabei spielen die Bezugspersonen, zum Beispiel Eltern, Geschwister oder Lehrer. Ziel ist es, diese in das Behandlungskonzept einzubeziehen und therapeutische sowie zum Teil pädagogische Strategien direkt in den Alltag zu überführen.

# Ergotherapie

## Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

F90.0

Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

**Diagnose-  
gruppe**

PS1

**Leitsymptomatik**  
gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

patientenindividuelle  
Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Schädigung der globalen mentalen Funktionen

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Sensomotorisch-perz. Beh.

10

Ergänzendes Heilmittel

**Therapiebericht**

**Hausbesuch**  ja

nein

**Therapie-  
frequenz** 1-3x wöch.

**Dringlicher Behandlungsbedarf**  
innerhalb von 14 Tagen

# Krankenhausbehandlung

**Freigabe-12.03.2008**

**Verordnung von Krankenhausbehandlung 2**  
(für bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten  gel. am

Kassen-Nr. Versicherung-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Diagnose

Belegarztbehandlung  Nichtarzt

Unfall Unfallschaden  Versorgungsbedürftig (SVU)

Nächstzuständige, geeignete Krankenhaus

**Verbindliches Muster**

Vertragskennzeichen / Unterschrift des Arztes

*Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!*

Untersuchungsergebnisse

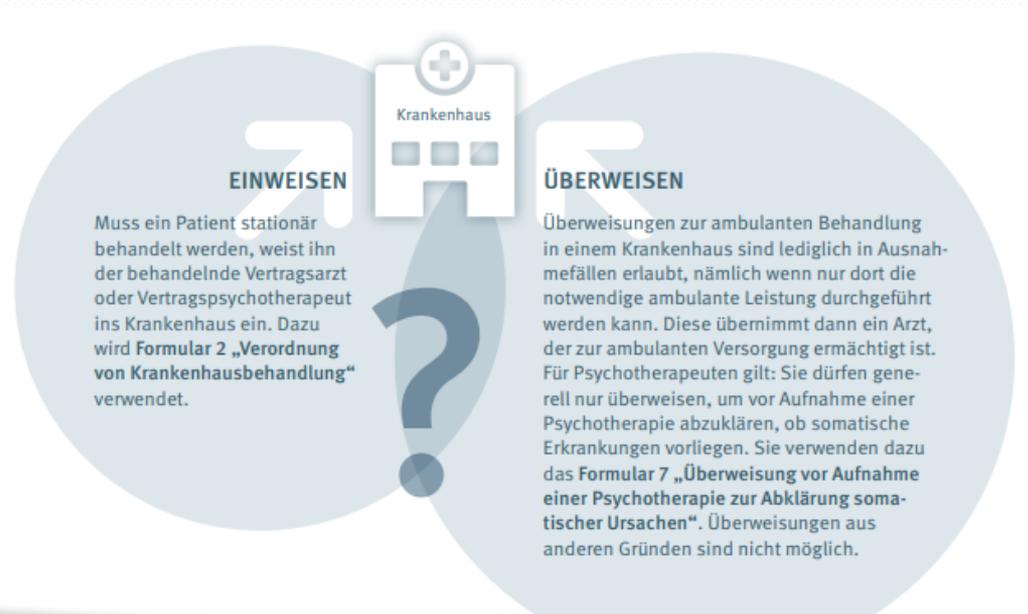
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

Mitgegebene Befunde

Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Muster 2b (7/2006)



# Krankenhausbehandlung

## **Behandlungsziel ambulant nicht zu erreichen!**

- Krankenhausbehandlung ist dann erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erreicht werden kann.
- ambulant nicht „zweckmäßig“ und „ohne Nachteil für die Gesundheit der Patienten“ erreicht werden kann.
- Die Mittel der ambulanten Psychotherapie sind dann entweder nicht geeignet oder nicht ausreichend, um einen Heilerfolg sicherzustellen oder gesundheitlichen Schaden abzuwenden.

# Krankenhausbehandlung

- vor einer Krankenhauseinweisung sind alle notwendigen Maßnahmen durchzuführen oder zu veranlassen, die aus psychotherapeutischer Sicht angezeigt und wirtschaftlich sind, um die Einweisung in ein Krankenhaus zu vermeiden.

# Krankenhausbehandlung

- Besteht jedoch akute Selbst- oder Fremdgefährdung, sollte in jedem Fall eine Krankenhauseinweisung erfolgen.
- Bei der Beurteilung, ob das Behandlungsziel ambulant erreicht werden kann, muss außerdem berücksichtigt werden, ob es dadurch zu erreichen ist, dass andere Vertragsärztinnen, wie z. B. eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in die Behandlung einbezogen werden oder eine Soziotherapie verordnet wird.

# Krankenhausbehandlung

- In der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sind grundsätzlich zwei Fälle denkbar, in denen eine Krankenhauseinweisung notwendig oder erforderlich ist:
  - Einweisung im Notfall,
  - geplante Einweisung.

# Krankenhausbehandlung

Fallbeispiel Notfall:

Patient mit rezidivierenden depressiven Episoden, der sich aktuell wegen einer mittelschweren depressiven Episode in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befindet. Zu Beginn der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung besteht keine akute Suizidalität, es bestehen aber latente suizidale Gedanken. Aufgrund akuter Belastungsfaktoren, wie z. B. eines sich zuspitzenden Arbeitsplatzkonflikts und einer Wohnungskündigung mit Räumungsklage, kommt es zu einer zunehmenden psychischen Destabilisierung.

Die Suizidgedanken werden akuter und drängender. Im letzten persönlichen Kontakt mit der Psychotherapeutin ist der Patient kaum noch schwingungsfähig und wirkt wie eingefroren. Er kann sich nicht mehr von seinen suizidalen Gedanken distanzieren.

Im Einverständnis mit dem Patienten erfolgt eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik und die Psychotherapeutin verordnet den hierfür erforderlichen Krankentransport

# Krankenhausbehandlung

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b> Musterkrankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann, M.		geb. am 23.04.1961
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. 1234567	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. 9876543	Datum
<b>Diagnose</b> F33.1 rez. depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode		
Verordnung von <b>Krankenhausbehandlung</b> <b>2</b> <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>		
<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input checked="" type="checkbox"/> Notfall	
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)	
Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser		
Musterkrankenhaus 1		
Musterkrankenhaus 2		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		

# Krankenhausbehandlung

Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

**Untersuchungsergebnisse** Dekompensation aufgrund zunehmender Belastungsfaktoren  
(u. a. drohender Wohnungsverlust), drängende Suizidgedanken seit 1 Tag, kann sich aktuell nicht  
distanzieren, keine soziale Einbindung, Suizidversuch vor 1 Jahr nach Arbeitsplatzverlust (Medikamente)

**Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)** seit 5 Monaten in ambulanter psychotherapeutischer  
Behandlung (tiefenpsychologisch fundierte PT), begleitende medikamentöse Behandlung  
(Cipralex 10 mg)

**Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)** stationäre Aufnahme zur Krisenintervention erbeten,  
im Anschluss Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie

**Mitgegebene Befunde**

# Krankenhausbehandlung

Fallbeispiel, geplante Einweisung

Minderjährige Patientin mit Anorexie und einem BMI von 16 zu Beginn der ambulanten Psychotherapie. Trotz zu Beginn ausreichendem Commitment und Motivationsarbeit wird das Behandlungsziel einer wöchentlichen Gewichtszunahme und einer Normalisierung des Essverhaltens über mehrere Monate nicht erreicht.

Der BMI sinkt auf einen Wert von knapp unter 15. Im Verlauf der Behandlung wird deutlich, dass das ambulante Setting keine ausreichende Strukturierung hinsichtlich Mahlzeiten, Essensmengen, Rückmeldungen zum Essverhalten etc. geben kann, sodass eine geplante Einweisung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie, die ein störungsspezifisches Setting zur Behandlung von Essstörungen einschließlich Anorexie vorhält, erfolgt.

# Krankenhausbehandlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>Musterkrankenkasse</b>			<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung 2</b> <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Name, Vorname des Versicherten  <b>Musterfrau, P.</b>			geb. am <b>10.07.2002</b>	<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. <b>1234567</b>	Status	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. <b>9876543</b>	Datum	Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser <b>Musterkrankenhaus</b>	
Diagnose <b>F50.0 Anorexia nervosa</b>			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

# Krankenhausbehandlung

Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

Untersuchungsergebnisse BMI = 14.8 (zu Beginn der PT vor 7 Monaten noch bei 16.2)

Aufbau von regelmäßigem Essverhalten im Alltag bisher nicht möglich vor dem

Hintergrund anhaltender Belastungsfaktoren (u. a. hohe schulische Anforderungen)

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) ambulante Verhaltenstherapie seit 7 Monaten

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) stationäre Aufnahme auf Essstörungenstation

Mitgegebene Befunde Brief mit aktuellem Befund und Informationen zum Verlauf der PT

**Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!**

Muster 2b (10.2014)

# Soziotherapie

**Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V** 26

Diagnose (ICD-10)

Schweregrad (in ICD-10-KM)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Art und Ausprägung der Fähigkeitenstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich ICD-10-F00 bis F09 gemäß § 7 Abs. 3 der Richtlinie zur SÄF v. 01

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

**Angaben des Versicherten**

Name

PLZ  Ort

Geburtsnummer

Wohnort (z.B. abweichend eigener Wohnung, Familienheim, in Erziehung)

**Angaben des nächsten Angehörigen**

Name

PLZ  Ort

Geburtsnummer

**Angaben zum Betreuer**

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt?  Nein  Ja

Name

Wohnort

Wohnort (z.B. abweichend eigener Wohnung, Familienheim, in Erziehung)

PLZ  Ort

Geburtsnummer

Voraussichtliche Anzahl der Therapiesitzungen  Beteiligte Anzahl der Therapiesitzungen

Voraussichtliche Dauer der Therapie  Bereits durchgeführte Leistungen

**Prognose**

**Krankenhausbehandlung**  wird betrieben  wird verhindert  ist nicht ausführbar

**Begründung**

Bei zeitlich befristeter Betreuungsdauer ist beizufügen:

Für das Ausstellen der Verordnung ist die Nr. 36010 EBM beschränkungsfrei.  
Für das Ausstellen der Folgeverordnung ist die Nr. 30811 EBM beschränkungsfrei.

Datum

Unterschrift

Stempel

Abfertigung für die Krankenkasse

Genehmigung der KV nötig  
„Antrag auf  
Abrechnungsgenehmigung  
zur Verordnung von  
Soziotherapie“ + Angabe  
einer Einrichtung, mit der  
sie kooperieren

# Soziotherapie

## VERSORGUNG VON KINDERN, JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN

Soziotherapie ist grundsätzlich eine Leistung für erwachsene Patienten. In Ausnahmefällen kann eine Verordnung auch bei Personen unter 18 Jahren erfolgen. Dies ist möglich, wenn eine Begleitung des Patienten durch Sorgeberechtigte oder andere Personen (z. B. Jugendhilfe) zum Arzt oder Psychotherapeuten nicht gewährleistet werden kann.

Insbesondere für Fälle einer Transition, also einer Überführung aus der Versorgung speziell für Kinder und Jugendliche in die Versorgung für Erwachsene, gilt: Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Soziotherapie bei Patienten ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs verordnen.

## ➤ DIE PATIENTEN: SOZIOtherapie FÜR WEN?

Soziotherapie wird vor allem bei Patienten verordnet, deren Krankheitsverlauf schwer und chronifiziert ist. Die Fähigkeit, zum Arzt oder Psychotherapeuten zu gehen, sich behandeln zu lassen und verordnete Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, ist bei diesen Patienten erheblich beeinträchtigt. Die psychosoziale Kompetenz ist eingeschränkt. Hier vor allem:

---

Antrieb, Ausdauer und Belastbarkeit des Patienten sind gestört; er ist unfähig, sein Tun zu strukturieren; sein planerisches Denken und Handeln sowie sein Bezug zur Realität sind eingeschränkt.

---

Die Kontakt- und Kritikfähigkeit des Patienten ist eingeschränkt, ihm fehlt die Fähigkeit, Konflikte zu lösen.

---

Kognitive Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit sind ebenso gestört wie die Lernleistung sowie das problemlösende Denken des Patienten.

---

Krankheitsbedingt fehlt dem Patienten der Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik, er kann Konfliktsituationen und Krisen nicht erkennen.

---

Der Facharzt beziehungsweise Psychotherapeut muss die Schwere der Beeinträchtigung feststellen und bei der Verordnung von Soziotherapie angeben. Anhand der sogenannten GAF-Skala (Erklärung siehe Kasten rechts) lässt sich die Beeinträchtigung quantifizieren.

### Weitere Voraussetzung für Soziotherapie:

Der Patient soll ein Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivation und Kommunikationsfähigkeit mitbringen und einfache Absprachen einhalten können. Diese Feststellung trifft der verordnende Facharzt oder Psychotherapeut. Er bezieht gegebenenfalls den Soziotherapeuten ein.

# Soziotherapie

## SOZIOtherapie ALS REGELVERSORGUNG

Die Regelversorgung mit Soziotherapie richtet sich an Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen aus:

- dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10-Abschnitt F20–20.6, F21, F22, F24, F25) oder
- der Gruppe der affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen (ICD-10-Abschnitt F31.5, F32.3, F33.3).

Bei Diagnosen der Regelversorgung ist eine Soziotherapie bei einer ernsthaften Beeinträchtigung des Patienten indiziert:

- Der Orientierungswert auf der GAF-Skala liegt bei 40 und darf nicht über 50 gehen.

## SOZIOtherapie IN BEGRÜNDETEN EINZELFÄLLEN

Mit der Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie im Jahr 2015 wurde eine Öffnungsklausel für begründete Einzelfälle außerhalb der Regelversorgung aufgenommen. Demnach kann unter bestimmten Voraussetzungen Soziotherapie auch verordnet werden bei Patienten mit Diagnosen aus:

- dem gesamten ICD-10-Kapitel für Psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99).

Bei diesen Diagnosen muss eine starke Beeinträchtigung des Patienten vorliegen:

- Der GAF-Wert liegt bei kleiner/gleich 40.

**Weitere Voraussetzungen:** Der Facharzt beziehungsweise Psychotherapeut bewertet die Gesamtsituation des Patienten und kann anschließend zu der Einschätzung gelangen, dass Soziotherapie indiziert ist. In der Richtlinie werden insbesondere folgende Fallkonstellationen genannt, von denen mindestens eine neben der Diagnose und dem GAF-Wert zutreffen muss, damit Soziotherapie im begründeten Einzelfall verordnet werden darf:

- Patient hat relevante Co-Morbiditäten: psychiatrische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, somatische Beschwerden wie Mobilitäts einschränkungen oder chronische Schmerzerkrankungen
- Stark eingeschränkte Fähigkeit des Patienten zur Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben
- Eingeschränkte Fähigkeit des Patienten zur selbstständigen Inanspruchnahme und Koordination ärztlicher/psychotherapeutischer und verordneter Leistungen
- Stark eingeschränkte Wegefähigkeit (Mobilität) des Patienten

# Soziotherapie

## GAF-Skala

Die GAF-Skala dient der Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus einer Patient\*in. Das Funktionsniveau wird dazu in 10er-Schritte eingeteilt, wobei innerhalb eines Funktionsniveaus eine weitere Abstufung erfolgen kann. Die Höhe des Funktionsniveaus wird in Prozent eingeschätzt, wobei 100 Prozent eine optimale Funktionsfähigkeit in allen Lebensbereichen bedeuten würde.

Wertebereich	Beschreibung
100–91	Hervorragende Funktionsfähigkeit in allen Lebensbereichen
90–81	Gute Leistungsfähigkeit in allen Bereichen
80–71	Höchstens leichte Beeinträchtigung
70–61	Einige leichte Schwierigkeiten
60–51	Mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten
50–41	Ernsthafte Beeinträchtigung
40–31	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30–21	Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20–11	Selbst- und Fremdgefährdung
10–01	Ständige Gefahr

# Soziotherapie

## Leistungsumfang

- Insgesamt können pro Patient\*in maximal 120 Stunden Soziotherapie innerhalb von 3 Jahren verordnet werden.
- Eine Einheit Soziotherapie umfasst 60 Minuten.
- Nach Ablauf von 3 Jahren kann – auch bei gleicher Krankheitsursache , erneut Soziotherapie verordnet werden.
- Die Verordnung erfolgt in Schritten von 30 Therapieeinheiten. Es dürfen jeweils nur so viele Therapieeinheiten verordnet werden, wie für das Erreichen des Therapieziels erforderlich sind.

# Soziotherapie

## Zuzahlung

- Bei einer Soziotherapie müssen Patient\*innen zuzahlen, sofern sie nicht grundsätzlich davon befreit sind.
- Eine Patient\*in muss pro Kalendertag, an dem Soziotherapie stattfindet, einen Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent der tatsächlichen Behandlungskosten zahlen, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro.

## Genehmigung durch die Krankenkasse

- Die Patient\*in muss sich eine Soziotherapie vorab durch ihre Krankenkasse genehmigen lassen (Ausnahme: 5 Probestunden). Hierfür muss sie die Verordnung der Psychotherapeut\*in und den soziotherapeutischen Betreuungsplan bei der Krankenkasse einreichen.

# Soziotherapie

**Die Leistungen der Soziotherapie und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege überschneiden sich.**

- Zu den inhaltlich gleichen Leistungen von Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gehören insbesondere Leistungen zur Unterstützung der Alltags- und Krankheitsbewältigung sowie zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung.
- Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege können deshalb nur dann zeitgleich verordnet werden, wenn sich beide Leistungen inhaltlich unterscheiden und in ihrer Zielsetzung ergänzen.
- Sowohl im soziotherapeutischen Betreuungsplan als auch im Behandlungsplan der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist dies entsprechend darzulegen und zu begründen.

# Soziotherapie

Fallbeispiel:

Die 28-jährige Patientin hat den Aufenthalt in einer therapeutischen Wohneinrichtung für Menschen mit Essstörungen abgebrochen und ist 500 km entfernt in die Nähe ihres Heimatortes zurückgezogen. Zur Weiterbehandlung ihrer Magersucht (BMI aktuell bei 16,5 kg / m<sup>2</sup>) begibt sich die Patientin in ambulante Psychotherapie.

Sie ist sehr antriebslos und hat massive Schwierigkeiten, weitere notwendige Leistungen wie eine psychiatrische und internistische Mitbehandlung zu koordinieren und in Anspruch zu nehmen. Zudem ist die Patientin in der Planung, Strukturierung und Umsetzung von Alltagsaufgaben, wie der häuslichen Selbstversorgung stark eingeschränkt.

Die Patientin hat zudem mehrere Ausbildungen nach Konflikten abgebrochen, die weitere berufliche Integration ist ungeklärt.

# Soziotherapie

## Diagnosen

- Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F 50.01)
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig
- mittelgradige Episode (F 33.1)
- Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.3)
- GAF-Wert: 35

# Soziotherapie

**Freigabe 07.07.2017**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Musterfrau, M		1989
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Verordnung Soziotherapie gemäß § 37a SGB V** **26**

Diagnose (ICD-10-Code) F50.01

Schweregrad (lt. GAF-SKALA) 35

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

**Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen**  
unzureichende Fähigkeit zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen  
reduzierte Fähigkeit zur Planung und Strukturierung der häuslichen Eigenversorgung; eingeschränkte Konfliktlösefähigkeit

*Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40*

**Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen**  
F33.1, F43.1, F60.3

<b>Angaben des Versicherten</b>	<b>Angaben des nächsten Angehörigen</b>
Straße	Name
PLZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ort <input type="text"/>	Straße
Telefonnummer <input type="text"/>	PLZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ort <input type="text"/>

# Soziotherapie

<b>Angaben zum Betreuer</b>		Name	
Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Straße	
Wenn ja, für welche Angelegenheiten?		PLZ	
		Ort	
		Telefonnummer	
Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten	120	Beantragte Anzahl der Therapieeinheiten	30
Voraussichtliche Dauer der Therapie	3 Jahre	Bereits durchgeführte Leistungen	5
<b>Prognose</b>			
unter aufsuchender Soziotherapie Erreichung einer medizinischen Behandlungscompliance und Verselbstständigung der Patientin			
Krankenhausbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/> wird vermieden	<input type="checkbox"/> wird verkürzt	<input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar
<b>Begründung</b>			
durch aufsuchende Hilfen			
<i>Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt!</i>			
Für das Ausstellen der <i>Erstverordnung</i> ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig. Für das Ausstellen der <i>Folgeverordnung</i> ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig			
Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen!			
<b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b>		Datum	
<b>Verbindliches Muster</b>			
Vertraguarztstempel / Unterschrift des Arztes			

# Soziotherapie

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Soziotherapeutischer Betreuungsplan</b> <b>gem. § 37a SGB V</b> <i>(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</i>	27
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		
Musterfrau, M.				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
			IK des Leistungserbringers	
<b>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</b>				
Compliance in die notwendige psychotherapeutische und medizinische Mitbehandlung durch Psychoedukation				
Verbesserung von Antrieb und Motivation durch tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen				
Erstellen eines Krisenplans				
<b>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</b>				
1.	Psychotherapie			
2.	psychiatrische und internistische Mitbehandlung			
3.	berufliche Reha			
4.	Angebote des gemeindepsychiatrischen Verbundes			
5.				
6.				
7.				

# Soziotherapie

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

## Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen

Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum
Psychotherapie	1 x / Woche	2 Jahre
fachärztliche Behandlung	monatlich / bei Bedarf	2 Jahre
Integrationsfachdienst	nach Bedarf	bis Ausbildungsbeginn
Soziotherapie	1x / Woche	2 Jahre

Ausstellungsdatum

**Original bitte zusammen  
mit der Verordnung der  
Krankenkasse vorlegen**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

Unterschrift des Therapeuten

Datum

Unterschrift des Patienten

Muster 27a (10.2014)

# Krankenförderung

Das Bild zeigt ein Formular zur 'Verordnung einer Krankenförderung'. Es ist in mehrere Abschnitte unterteilt:

- 1. Grund der Beförderung:** Umfasst 'Gemeinschaftliche Fahrten' (mit Unterpunkten a-f) und 'Gemeinschaftliche Fahrten zu ambulanten Behandlungen' (mit Unterpunkten a-c).
- 2. Behandlungstag/Behandlungsspezifität und nächstreichere, geeignete Behandlungsstätte:** Enthält Felder für 'Wochen' und 'Behandlungstagen pro Woche'.
- 3. Art und Ausstattung der Beförderung:** Umfasst 'Beschreibungen', 'Kfz', 'Räder', 'Tagesheim', 'Bogel' und 'Sonstige'.
- 4. Begründung:** Ein Textfeld für die Begründung der Beförderung.

Rechts neben dem Formular steht der Titel 'Verordnung einer Krankenförderung' mit der Nummer '4'. Darunter sind sechs nummerierte Punkte aufgelistet, die die Voraussetzungen für eine Beförderung darstellen:

- 1 Urteil, Unfallfolge
- 2 Arbeitsunfall, Berufsunfall
- 3 Versorgungsglieder (z.B. SIVG)
- 4 Hinfahrt
- 5 Rückfahrt
- 6

- Fahrten zur ambulanten Behandlung können nur in Ausnahmefällen verordnet werden und sind vorab von der Krankenkasse zu genehmigen.
- Fahrten zur stationären Behandlung sind nicht genehmigungspflichtig

# Krankenförderung

- Fahrten zur ambulanten Behandlung können für Patienten verordnet werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ oder einen Pflegebescheid mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und bei Pflegegrad 3 dauerhaft in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind. Diese Beeinträchtigungen können somatische oder kognitive Ursachen haben.
- Zudem können Krankenkassen Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen, wenn Patienten von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

# Krankenförderung

## DIESE BEFÖRDERUNGSMITTEL SIND MÖGLICH

- Welches Beförderungsmittel verordnet wird, richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen. Dabei sind der Gesundheitszustand und die Gehfähigkeit des Patienten zu berücksichtigen. Benötigt er unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstattung, kann ein Krankentransportfahrzeug erforderlich sein.
- Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung sind zum Beispiel mit einem Taxi möglich. Zudem ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

# Krankenförderung

Patient\*innen mit Pflegegrad 3 und dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 brauchen die psychotherapeutisch verordnete Krankenfahrt mit Taxi oder Mietwagen zur ambulanten Behandlung nicht mehr ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. Diese Erleichterung gilt auch bei Verordnungen für schwerbehinderte Patient\*innen, mit folgenden Merkzeichen in ihrem Schwerbehindertenausweis:

- »aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung und/oder
- »Bl“ für Blindheit und/oder
- »H“ für Hilflosigkeit.

Auf dem Formular können diese Fahrten unter „genehmigungsfreie Fahrten“ angekreuzt werden.

Bei stationärer Behandlung können Krankenförderungen grundsätzlich verordnet werden, sofern sie medizinisch notwendig sind. Dabei müssen die Patient\*innen die Verordnung nicht bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. Dies gilt auch für geplante stationäre Behandlungen sowie vor- und nachstationäre Behandlungen.

# Krankenförderung

Ein Patient mit einer schweren chronifizierten Zwangsstörung mit schweren Kontrollzwängen stellt sich in Begleitung eines Angehörigen in der psychotherapeutischen Sprechstunde vor.

Es besteht keine akute Suizidalität, die störungsbedingten Einschränkungen in der Mobilität sind jedoch so stark ausgeprägt, dass es dem Patienten unmöglich ist, allein das Haus zu verlassen.

Angesichts der Chronizität und des Schweregrades der Zwangsstörung ist eine ausreichende ambulante Behandlung der Erkrankung gegenwärtig nicht möglich. Für eine intensivpsychotherapeutische stationäre Behandlung veranlasst der Psychotherapeut eine stationäre Einweisung in ein psychosomatisches Krankenhaus mit einer Spezialstation für Zwangserkrankungen.

# Krankenförderung

Da sich der Patient ohne Unterstützung nicht in der Lage sieht, die Wohnung zu verlassen und die Fahrt zum Krankenhaus zurückzulegen, verordnet der Psychotherapeut für die geplante stationäre Behandlung – ergänzend zur Krankenhauseinweisung – einen Krankentransport für die Fahrt von der Wohnung des Patienten in das Krankenhaus. Dazu gehört nicht die Verordnung der Rückfahrt. Im Verordnungsformular gibt der Psychotherapeut bei Nennung der ICD-Diagnose an, dass der Patient krankheitsbedingt nicht wegefähig ist und eine medizinisch-fachliche Betreuung zum Verlassen der Wohnung und während des Transports benötigt.

Zustellungsstelle	Krankenkasse bzw. Kostenträger		4
	<b>Musterkrankenkasse</b>		
Zustellungsstelle	Name, Vorname des Versicherten		gem. am
	<b>Mustermann, M.</b>		
Kundenkennzeichnung		Versicherten-Nr.	Status
		<b>1234567</b>	
Betriebsstellen-Nr.		Arb.Nr.	Datum
		<b>9876543</b>	<b>15.08.2020</b>

### Verordnung einer Krankenbeförderung

Unfall, Unfallfolge  
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit  
 Versorgungsleiden (z.B. BvG)  
 Hin- und  Rückfahrt

#### 1. Grund der Beförderung

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung  vor-/nachstationäre Behandlung

b)  ambulante Behandlung bei Merkzeichen „G“, „B“, „H“, Pflegegrad 3 (mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen gemäß mit KTW im Artikel 9 zu verwenden)

c)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: \_\_\_\_\_

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (nur Fahrten der Krankenkasse vorzuziehen)**

d)  hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)  vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e)  dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f)  anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

#### 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am: **3 1 0 8 2 0** /  x pro Woche, bis voraussichtlich **TTTTMM**

Behandlungsstätte (Name, Ort)  
**Psychosomatisches Krankenhaus XY**

#### 3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen  
 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen **fehlende Wegefähigkeit aufgrund chronischer Ängste**  
 Rollstuhl  
 Tragestuhl  
 legend

RTW  NAW/NEF  andere \_\_\_\_\_

#### 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schweregehebersport, Wertevot, Gemeinschaftsfahrt, Ökonomie, wenn Beförderung nicht zur Wohnung stattfindet)

**Begleitperson medizinisch erforderlich**

Verapazdrückenfeld / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

# Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege sorgt dafür, dass Patienten sich wieder allein zuhause versorgen können und nicht im Krankenhaus behandelt werden müssen. Liegezeiten werden vermieden oder verkürzt. Eine besondere Form ist die psychiatrische häusliche Krankenpflege, abgekürzt pHKP. Sie richtet sich an schwer psychisch erkrankte Patienten. Ziel ist es, dass diese Patienten in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können und nicht ins Krankenhaus müssen. In der pHKP geht es vor allem darum, mit praktischer Anleitung und Training durch die Pflegekraft die Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des Alltags zu verringern. Konkrete Verhaltensänderungen werden eingeübt.

# Psychiatrische häusliche Krankenpflege

The image shows a detailed medical prescription form for psychiatric home care. It is organized into several numbered sections:

- 1. Erst-Verordnung / Folge-Verordnung / Unfall:** Fields for patient name, date, and type of prescription.
- 2. Behandlungspflege:**
  - 2.1 Medikamentengabe:** Includes fields for medication name, frequency, and duration. A table for 'Häufigkeit' (frequency) and 'Dauer' (duration) is provided.
  - 2.2 Blutzuckermessung:** Fields for measurement type and frequency.
  - 2.3 Kompressionsbehandlung:** Fields for compression type and duration.
  - 2.4 Wickelverlegung und Positionswechsel zur Dekubitusvorbeugung:** Fields for wound type, location, and frequency.
- 3. Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege:** A table for additional measures.
- 4. Stellung zur Intensivpflege oder häuslicher Pflege mit intensivem Pflegebedarf:** A field for the number of days.
- 5. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung:**
  - 5.1 Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V:** Includes a table for frequency and duration.
  - 5.2 Familienhaushaltspflege nach § 37 (1) SGB V:** Includes a table for frequency and duration.
  - 5.3 Grundpflege:** A field for the number of days.
  - 5.4 Hauswirtschaftliche Versorgung:** A field for the number of days.

- Insbesondere bei der Erstverordnung soll ein Zeitraum von 14 Tagen nicht überschritten werden (vgl. § 5 Abs. 1 und 2 HKP-Richtlinie). Ist eine längere Verordnungsdauer erforderlich, soll sich der Grund hierfür aus den verordnungsrelevanten Diagnosen und den Einschränkungen ergeben. Folgeverordnungen sind innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

# Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Sie kann auch über die vier Monate hinaus verlängert werden, wenn im Einzelfall begründet wird, dass sie weiter notwendig ist, weil weitere Verbesserungen der Funktionsstörungen zu erwarten sind. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege ist jedoch keine Leistung zur dauerhaften Begleitung oder Versorgung einer Patient\*in.

Genehmigung durch die Krankenkasse vor Beginn der Maßnahme notwendig!

## Zuzahlung

Bei psychiatrischer häuslicher Krankenpflege müssen Patient\*innen zuzahlen. Pro Verordnung sind dies 10 Euro sowie 10 Prozent der Kosten für die ambulante Pflege in den ersten 28 Behandlungstagen. Bei 60 Euro pro Stunde können die Zuzahlungen für die ambulante Pflege in vier Wochen schnell 150 bis 200 Euro betragen. Die Patient\*in sollte deshalb prüfen, ob sie bei ihrer Krankenkasse einen Antrag stellen kann, sich von Zuzahlungen befreien zu lassen. Bei chronischen Erkrankungen sind die Zuzahlungen auf höchstens ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt.

# Medizinische Rehabilitation

## Psychosomatische Rehabilitation:

Hier werden im Rahmen einer komplexen Leistung für Patienten mit psychischen Erkrankungen insbesondere psychotherapeutische Verfahren, aber auch somatische Behandlungsangebote angewandt.

---

## Rehabilitation für psychisch Kranke:

Ziel dieser Rehabilitationsform ist die gesellschaftliche und berufliche Eingliederung von psychisch Kranken und behinderten Menschen mit Blick auf ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben in der Gesellschaft.

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen Patienten wieder in die Lage versetzen, ihren Alltag eigenständig zu meistern.

# Medizinische Rehabilitation

## Teil A

Manchmal ist unklar, ob die Krankenkasse des Patienten für die Rehabilitation zuständig ist oder beispielsweise die Rentenversicherung. In solchen Fällen können Vertragspsychotherapeuten genau wie Vertragsärzte Teil A des Formulars 61 ausfüllen und damit eine entsprechende Anfrage an die Krankenkasse des Patienten stellen. Mit Formular 61 Teil A können sie auch eine Reha-Beratung durch die Krankenkasse initiieren, die Patienten in Anspruch nehmen können.

**61 Teil A**  
Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

**I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen**

Diagnosen (ICD-10 ICM)	Ursache
1.	
2.	
3.	
4.	

**II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse**

1. Beratung des/der Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rehabilitation für Arbeitszwecke bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Versorgung in anerkannten Kurorten) ist eingegriffen.

2. Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers. Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil körperliche, seelische oder geistige Beeinträchtigungen eine Minderung der Erwerbstätigkeit bewirken oder drohen. Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten, und z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

3. ggf. weitere Anmerkungen

**III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt**

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig:

Krankenkasse pers. Nummer 61 Teil B-E ausfüllen

Rentenversicherung (Antrag liegt bei)

Sonstiges

# Medizinische Rehabilitation

**Verordnung von medizinischer Rehabilitation** 61 Teil B  
Die karitative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Defizition der Erwerbstätigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsfalls / einer Berufsunfähigkeit

Bei gleichzeitiger Zuständigkeit in 2. Baden-Württemberg: einseitige Rehabilitation für alle Versicherten + gesetzl. eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

**I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen**

**A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen** (Diagnoseklassen ICD-10-GM) (Ursache\*)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**B. Weitere rehabilitationsentscheidungsgerichtliche Diagnosen**

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**E. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung**

**A. Kurze Angaben zur Krankheits (rezidivierende Beginn und Verlauf) und zur Krankheits- und Facharztbehandlung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Behinderungen (aktuelle Assessmentergebnisse)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Bei geriatrischer Rehabilitation**  
nach zwei Funktionsbereichen folgende einseitige/ beidseitige Befundparameter

Mobilität		Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion	
TUG	sek + Char. Test	MMSE	/ 30	Schmerzskala	/ 10	Exergon	Wert
Handkraft	kg oder	MMSE 15	/ 10			FEV1	% + VK
GGMI	/ 100 Taster	MMSE 15	/ 7			SpO2	Stadium

**D. Bisherige drückungs- / physiotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenberatung, Rehabilitation/Physiotherapie, Beratung und Selbsthilfegruppen), einschließlich Heimrehabilitation (in der letzten 6 Wochen)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heimrat zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend

**E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

ja  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ist die Krankenkasse zuständig, wird Formular 61 Teil B-D verwendet.

Auf den drei Seiten tragen Vertragspsychotherapeuten alle abgefragten Angaben ein.

Dazu gehören:

- Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen
- Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung
- Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit
- Rehabilitationsziele
- Rehabilitationsprognose
- Zuweisungsempfehlungen

# Medizinische Rehabilitation

61 Teil C

**K. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilnahme**

	keine Beeinträchtigungen	Beschränkungen	generelle Hilfe nötig	vollständig
<b>Lehren und Wissenserwerb</b> (z. B. Prothesen-Anpassung, Schulreife lesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. typische Routine-Aktivitäten, mit Hilfsmitteln, Eilen nach Hause umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wahrnehmung</b> (z. B. Konzepte verstehen, Mitteilungen verstehen, Zusammenhänge verstehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>				
Transfer Sitzen / Stehen bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppesteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>				
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatortbesichtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkauf, Mahlzeiten zubereiten, Haushalt verrichten, andere Familienmitglieder helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Freizeitsport betreiben und teilnehmen, soziale Aktivitäten ausüben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sachverhalte</b> (z. B. Arbeit ausführen, Einkommen und Einkauf, administrative Angelegenheiten, rechtliche Angelegenheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. an Gemeinschaften teilnehmen, Einkommen und Einkauf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. Lebensereignisse/Kontextfaktoren**

1. **Rehabilitationsrelevante Umwelt- und personbezogene Faktoren** (z. B. Alter, mit Familie leben, in Alter, Pflege oder bei sozialer Rehabilitation, Einkommenslage, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Mobilität, soziale Unterstützung, soziale Unterstützung, Einkommenslage bei der Bewältigung von Angelegenheiten)

2. **Risikofaktoren oder Befähigung durch:**

Sprachvermögen  Hörsinn  Gehör  Manuskript  Medikamente  Risiko

Sonstige  Hilfsmittel

**III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit**

Die/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  ja  nein

Ausfertigung für die Krankenkasse

Teil E ist vom Pat selbst auszufüllen

61 Teil D

**II. Rehabilitationsziele**

A. **Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen**

B. **Rehabilitationsziele aus Sicht der Patienten / des Patienten, sofern ABWICHEND von den oben genannten**

**III. Rehabilitationsprognose**

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. angedeuteten Ressourcen besteht eine **positive** Prognose für die unter IV A. und IV B. benannten Rehabilitationsziele

ja  eingeschränkt / Unsicherheit  nein

(ja für insgesamt drei, einzelne Rehabilitation)

**IV. Zuweisungsvoraussetzungen**

A. **Begünstigte Rehabilitationskriterien**

artikulär  artikulationslos  artikellös

Mittel- / Niederleistung  Mittel- / Hochleistung  Hoch- / Hochleistung

B. **Entscheidende Schwerpunktsindikationen** (z. B. orthopädisch, funktionell, geriatrisch, Kardiologie)

geriatrisch  sonst

C. **Weitere Begünstigungen/Begünstigungen** (z. B. Anwesenheit in der Einrichtung, z. B. Anwesenheit nach 10 Tagen, etc., für eine gesundheitliche Rehabilitation, Abwechslung, Abgleich, etc., besondere Qualifikation, persönliche Betreuung, besondere Begünstigung)

ja  nein

**VII. Sonstige Angaben**

1. Die benötigte Leistung ist von Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren mindestens notwendig aufgrund

neuer Infektion  Verschlimmerung bei gleicher Infektion

2. Die weitere Erkrankung und/oder Erkrankung von weiteren Umfeld ist nötig

3. In Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

**Rehabilitationsfähigkeit**

öffentliche  privat  befristet

**Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation durch die/die Angehörigen**

Mitarbeiter der/des Pflegebedürftigen in der/die Einrichtung  andere

Einweisung der/des Pflegebedürftigen in eine andere Einrichtung durch Krankenkassen/Pflegekasse gesichert

**Sonstiges** (z. B. besondere Hinweise zur Rehabilitation, Schwerpunkt / Risiko)  ja  nein

Ausfertigung für die Krankenkasse

# Medizinische Rehabilitation

## Indikation

Für die Indikation einer medizinischen Reha gelten folgende Kriterien:

- Die Patientin leidet unter einer psychischen Erkrankung.
- Diese Erkrankung führt seit mehr als 6 Monaten zu andauernden Beeinträchtigungen im Alltag, durch die zum Beispiel Selbstversorgung, berufliches und soziales Leben bereits gemindert sind oder eine Beeinträchtigung droht (Teilhabestörung).
- Die Diagnostik ist abgeschlossen.
- Alle kurativen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft und haben nicht zum erwünschten Erfolg geführt.

# Medizinische Rehabilitation

- Der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Reha ist erforderlich, damit die Patientin wieder funktionsfähig wird oder bleibt und am gesellschaftlichen oder beruflichen Leben teilnehmen kann.
- Es kann eine positive Reha-Prognose gestellt werden. Die drohenden oder bestehenden Beeinträchtigungen können durch die Reha voraussichtlich vermieden oder verringert werden. Bei der Reha-Prognose sind der bisherige Krankheitsverlauf, das Kompensationspotenzial der Patientin und die Kontextfaktoren einzubeziehen.
- Die Patientin ist „rehabfähig“, das heißt, sie ist körperlich und psychisch in der Lage, an einem ganztägigen Therapieprogramm teilzunehmen.
- Die Patientin ist ausreichend motiviert, an den Reha-Angeboten, insbesondere den Gruppenangeboten, teilzunehmen und aktiv bei ihrer Genesung mitzuwirken.

# Fragen????



# Quellen

- [https://api.bptk.de/uploads/bptk\\_praxisinfo\\_med\\_reh\\_a\\_3ebf3cc3ec.pdf](https://api.bptk.de/uploads/bptk_praxisinfo_med_reh_a_3ebf3cc3ec.pdf)
- [https://api.bptk.de/uploads/bptk\\_praxis\\_Info\\_haeusliche\\_krankenpflege\\_web\\_505672e29f.pdf](https://api.bptk.de/uploads/bptk_praxis_Info_haeusliche_krankenpflege_web_505672e29f.pdf)
- [https://api.bptk.de/uploads/bptk\\_praxisinfo\\_kranken\\_transporte\\_neu2020\\_97fee127d2.pdf](https://api.bptk.de/uploads/bptk_praxisinfo_kranken_transporte_neu2020_97fee127d2.pdf)
- [https://api.bptk.de/uploads/bptk\\_praxis\\_info\\_soziotherapie\\_richtlinie\\_August2020\\_10826da8d5.pdf](https://api.bptk.de/uploads/bptk_praxis_info_soziotherapie_richtlinie_August2020_10826da8d5.pdf)
- <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/bptk-praxis-info-krankenhauseinweisung.pdf>

# Quellen

- [https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder\\_und\\_Dokumente/Wissensdatenbank\\_oeffentlich/Psychotherapie\\_Aktuell/2021/Ergotherapie\\_Psychotherapie\\_Aktuell\\_1.2021.pdf](https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Psychotherapie_Aktuell/2021/Ergotherapie_Psychotherapie_Aktuell_1.2021.pdf)
- [https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Heilmittel.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Heilmittel.pdf)
- [https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation\\_Ergotherapie.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Ergotherapie.pdf)
- [https://api.bptk.de/uploads/bptk\\_praxis\\_Info\\_ergotherapie\\_web\\_094a717c44.pdf](https://api.bptk.de/uploads/bptk_praxis_Info_ergotherapie_web_094a717c44.pdf)