



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

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 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihr*e Therapeut*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

| |
|-------------------------------------|
| Name und Anschrift der Krankenkasse |
|-------------------------------------|

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 Erstanträgen bitte angeben:**

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

ja, und zwar am und ggf. am

nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

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

 ja nein

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

 ja nein

Ausfertigung Krankenkasse

Ausstellungsdatum

 Verbindliches Muster

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

**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 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihr*e Therapeut*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

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

 Name und Anschrift der Krankenkasse
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 Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

 ja, und zwar am und ggf. am
 nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

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

 ja

 nein

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

 ja

 nein

 Ausfertigung Therapeut*in

Ausstellungsdatum

Verbindliches Muster

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

**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 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihr*e Therapeut*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

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

 Name und Anschrift der Krankenkasse
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
Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

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 Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

 ja, und zwar am

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

 und ggf. am

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

 nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

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

 ja

 nein

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

 ja

 nein

 Ausfertigung Versicherte*r

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

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

Informationen zum Antrags- und Gutachtenverfahren für Psychotherapie

Wie läuft das Antragsverfahren ab?

- Sie füllen Ihren Antrag auf Psychotherapie vollständig aus.
- Ihr*e Therapeut*in legt dem Antrag zusätzliche Informationen bei, zum Beispiel wie viele Therapiestunden beantragt werden und Ihre Diagnose.
- Die Unterlagen werden gesammelt an Ihre Krankenkasse gesendet.
- Innerhalb von drei Wochen ab Antragseingang erhalten Sie eine Rückmeldung durch Ihre Krankenkasse. Wird der Antrag gutachterlich geprüft, kann die Rückmeldung bis zu fünf Wochen dauern, vorausgesetzt alle Unterlagen sind vollständig eingegangen.
- Sollte Ihr Antrag abgelehnt werden, haben Sie die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. Der Bescheid Ihrer Krankenkasse enthält hierzu weitere Informationen.

Daten nach § 292 SGB V in Bezug auf Ihren Antrag sowie Daten nach § 295 SGB V, die für die Abrechnung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen mit der Krankenkasse notwendig sind, werden spätestens nach zehn Jahren gemäß § 304 Absatz 1 Nummer 1 SGB V gelöscht.

Wie läuft das Gutachtenverfahren ab?

Ihre Krankenkasse kann Ihren Antrag gutachterlich prüfen lassen. Manche Anträge müssen immer gutachterlich geprüft werden (zum Beispiel erstmaliger Antrag auf Langzeittherapie als Einzeltherapie). Ihr*e Therapeut*in versendet hierzu Unterlagen, insbesondere einen kurzen Bericht zu Ihrer Erkrankung und zum Behandlungsplan, in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse. Die Krankenkasse leitet diesen zur gutachterlichen Prüfung weiter, ohne den Umschlag mit den Unterlagen zu öffnen. Gutachter*innen dürfen von Ihrer Krankenkasse folgende zusätzliche Informationen erhalten und in ihrer gutachterlichen Empfehlung an die Krankenkasse einbeziehen:

- Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume)
- Informationen zu ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Art der Behandlung, Zeitpunkte der Antragsstellung und Bewilligung, beantragte Stundenkontingente)
- Stationäre, teilstationäre Krankenhausbehandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger)
- Rehabilitative Verfahren der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger)

Gutachter*innen erhalten keine Informationen zu Ihrem Namen, Adresse oder Versicherungsnummer.

Freigabe 20.02.2020

Verbindliches Muster



Chiffre Patient*in

Anfangsbuchstabe
des FamiliennamensGeburtsdatum
6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

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

Psychotherapie

 für Erwachsene (Erw) für Kinder und Jugendliche (KiJu) Analytische
Psychotherapie (AP) Systemische
Therapie (ST) Tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie (TP) Verhaltenstherapie (VT) Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) Langzeittherapie (LZT) als Erstantrag Umwandlung Fortführung ausschließlich Einzeltherapie ausschließlich Gruppentherapie Kombinationsbehandlung mit überwiegend
Einzeltherapie überwiegend
Gruppentherapie Kombinationsbehandlung
durch zwei Therapeut*innen

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

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM , ,

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

 Therapieeinheiten mit GOP des EBM B, B

Bei Erstanträgen 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

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

Bisheriger Behandlungsumfang

Einzelbehandlung

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

Gruppenbehandlung

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

Akutbehandlung

 Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

Erklärung Therapeut*in

 Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

Ausfertigung Krankenkasse

Verbindliches Muster

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

Chiffre Patient*in



Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

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

- Checkboxes for patient type (Erw/KiJu), therapy type (KZT1, KZT2, LZT), and treatment modality (Einzel/Gruppen/Kombi).

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

Therapieeinheiten mit GOP des EBM

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

Bei Erstanträgen 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 TTMMJJ
2. Sitzung am TTMMJJ

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

Bisheriger Behandlungsumfang

Einzelbehandlung

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

Gruppenbehandlung

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

Akutbehandlung

Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch Name

Datum des Gutachtens

TTMMJJ

Erklärung Therapeut*in

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Verbindliches Muster

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

Ausfertigung Gutachter*in

Chiffre Patient*in

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



Anfangsbuchstabe
des Familiennamens

Geburtsdatum
6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

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

für Erwachsene (Erw)

Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)

ausschließlich Einzeltherapie

für Kinder und Jugendliche (KiJu)

Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)

ausschließlich Gruppentherapie

Analytische
Psychotherapie (AP)

Langzeittherapie (LZT) als

Kombinationsbehandlung mit

Systemische
Therapie (ST)

Erstantrag

überwiegend
EinzeltherapieTiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie (TP)

Umwandlung

überwiegend
Gruppentherapie

Verhaltenstherapie (VT)

Fortführung

Kombinationsbehandlung
durch zwei Therapeut*innen

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Therapieeinheiten mit GOP des EBM

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Therapieeinheiten mit GOP des EBM

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

B,

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

B

Bei Erstanträgen angeben:

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

Bei Anträgen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine
Rezidivprophylaxe durchgeführt werden

Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:

Durchführung von
zwei probatorischen Sitzungen:ja, mit voraussichtlich

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 Therapieeinheiten

nein

noch nicht absehbar

ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

1. Sitzung am

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

2. Sitzung am

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

Bisheriger Behandlungsumfang

Einzelbehandlung

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Gruppenbehandlung

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Akutbehandlung

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

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

Erklärung Therapeut*in

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen
der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen
Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

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

Ausfertigung Therapeut*in

Verbindliches Muster

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

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 Schulart, 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/ Konsiliarbericht

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

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zur Verhaltensanalyse (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP) bzw. zum Systemischen Erklärungsmodell (ST)

- Psychodynamik (TP, AP): auslösende Situation, intrapsychische Konfliktebene und aktualisierte intrapsychische Konflikte, Abwehrmechanismen, strukturelle Ebene, dysfunktionale Beziehungsmuster
- Systemisches Erklärungsmodell (ST): Systemanalyse (störungsrelevante interpersonelle und intrapsychische Interaktions- und Kommunikationsmuster, Beziehungsstrukturen, Bedeutungsgebungen), belastende Faktoren, problemfördernde Muster und Lösungsversuche, Ressourcenanalyse, gemeinsam entwickelte Problemdefinition und Anliegen.
- Verhaltensanalyse (VT): funktionales Bedingungsmodell, prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen und kurze Beschreibung des übergeordneten Störungsmodells (Makroanalyse)

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

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

6. Behandlungsplan und Prognose

- Beschreibung der konkreten, mit der Patientin oder dem Patienten reflektierten Therapieziele; ggf. auch Beschreibung der Ziele, die mit den Bezugspersonen vereinbart wurden
- Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan, auch unter Berücksichtigung evtl. vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungstechniken und -methoden; ggf. Angaben zur geplanten Einbeziehung der Bezugspersonen
- Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), auch des Mehrpersonensettings (ST), der Sitzungszahl sowie der Behandlungsfrequenz und ggf. auch kurze Darstellung des Gruppenkonzepts; bei Kombinationsbehandlung zusätzlich kurze Angaben zum abgestimmten Gesamtbehandlungsplan
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungsfähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen; ggf. auch bezüglich der Bezugspersonen

7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

- Bisheriger Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; ggf. auch bezüglich der begleitenden Arbeit mit den Bezugspersonen
- Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie
- Weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

Verbindliches Muster

Bericht zum Fortführungsantrag

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

1. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht, Veränderung der Symptomatik und Behandlungsergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; ggf. auch bezüglich der Einbeziehung der Bezugspersonen
2. Aktuelle Diagnose/n gemäß ICD-10 und aktueller psychischer Befund, weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren
3. Begründung der Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung, weitere Therapieplanung, geänderte/erweiterte Behandlungsziele, geänderte Behandlungsmethoden und -techniken, Prognose, Planung des Therapieabschlusses, ggf. weiterführende Maßnahmen nach Ende der Therapie

Ergänzungsbericht *(nur bei Zweitgutachten)*

Wurde ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie nach Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme von der Krankenkasse abgelehnt und legt die oder der Versicherte Widerspruch gegen diese Entscheidung ein, kann die Krankenkasse ein Zweitgutachten einholen. Nach Aufforderung durch die Krankenkasse erstellt die Therapeutin oder der Therapeut der Krankenkasse einen in freier Form erstellten Ergänzungsbericht. Für den Ergänzungsbericht gibt es keine vorgesehene Gliederung. Die Rückmeldung der Gutachterin oder des Gutachters und relevante Unterpunkte oder Gliederungspunkte dieses Informationsblattes können als Orientierung für die Erstellung des Ergänzungsberichts verwendet werden.

Hinweise zu den erforderlichen Unterlagen im Briefumschlag PTV8:

Im Briefumschlag PTV8 müssen folgende Unterlagen enthalten sein:

Bei Gutachten:

- Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter
 - o Für Ärztinnen und Ärzte: somatischer Befund ist im Bericht enthalten
 - o Für Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten: Konsiliarbericht (Muster 22b)
- PTV 2b
- ggf. Kopien ergänzender Befundberichte (Pseudonymisierung beachten!)

Bei Zweitgutachten:

- Ergänzungsbericht
- Kopie(n) bisheriger Bericht(e)
- Kopie(n) bisheriger gutachterlicher Stellungnahme(n)
- Kopie(n) bisheriger PTV 2
- ggf. Kopie des Konsiliarberichts (Pseudonymisierung beachten!)
- ggf. Kopien ergänzender Befundberichte (Pseudonymisierung beachten!)

Name und Anschrift Krankenkasse

Chiffre Patient*in

Grid for patient ID number



Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Name und Anschrift Gutachter*in

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Grid for processing number

Eingangsdatum des Antrags bei der Krankenkasse

TTMMJJ date grid

Ansprechpartner*in

Telefonnummer

ggf. E-Mail-Adresse

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir bitten Sie um eine gutachterliche Stellungnahme zu einem Antrag auf Psychotherapie auf dem Formblatt PTV 5 in Form eines

Gutachtens

Zweitgutachtens

Die Unterlagen der Therapeutin bzw. des Therapeuten sind im verschlossenen Briefumschlag PTV 8 beigelegt. Ergänzende Angaben zu der Versicherten bzw. zu dem Versicherten zu

- Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume)
- Ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Art der Behandlung, Zeitpunkte der Antragsstellung und Bewilligung, beantragte Stundenkontingente)
- Stationären, teilstationären Krankenhausbehandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger)
- Rehabilitativen Verfahren der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger)

liegen in Anlage bei

liegen nicht vor

Die vorherige Gutachterin bzw. der vorherige Gutachter konnte aus folgenden Gründen nicht beauftragt werden

nicht verfügbar

andere Gründe

Das PTV 5a senden Sie bitte direkt an die Therapeutin bzw. den Therapeuten.

Das PTV 5b ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Das PTV 5c senden Sie bitte im beigelegten und adressierten Freiumschlag an uns zurück.

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Ausstellungsdatum

TTMMJJ date grid



Unterschrift

Name und Anschrift Therapeut*in

Chiffre Patient*in

Grid for patient ID number



Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Name und Anschrift Krankenkasse

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Grid for insurance processing number

Bericht Therapeut*in vom

TTMMJJ date grid

Eingangsdatum Krankenkasse

TTMMJJ date grid

Eingangsdatum Gutachter*in

TTMMJJ date grid

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den Antrag auf Psychotherapie

als erfüllt anzusehen

als nicht erfüllt anzusehen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt Therapieeinheiten mit GOP des EBM

insgesamt befürwortet Therapieeinheiten mit GOP des EBM

Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

insgesamt befürwortet Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

Begründung nur für Therapeut*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Horizontal lines for justification text

Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 27 enthalten sind
Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar
Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie
Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen
Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen bei der Patientin oder beim Patienten oder die Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

Horizontal lines for explanation text

Ausstellungsdatum

TTMMJJ date grid

Ausfertigung Therapeut*in

Verbindliches Muster stamp area with Stempel / Unterschrift Gutachter*in

Name und Anschrift Therapeut*in

Chiffre Patient*in

Grid for patient ID number



Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Name und Anschrift Krankenkasse

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Grid for insurance processing number

Bericht Therapeut*in vom

Grid for report date

Eingangsdatum Krankenkasse

Grid for insurance start date

Eingangsdatum Gutachter*in

Grid for expert start date

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den Antrag auf Psychotherapie

als erfüllt anzusehen

als nicht erfüllt anzusehen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt Therapieeinheiten mit GOP des EBM

insgesamt befürwortet Therapieeinheiten mit GOP des EBM

Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

insgesamt befürwortet Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

Begründung nur für Therapeut*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Horizontal lines for justification text

Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 27 enthalten sind
Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar
Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie
Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen
Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen bei der Patientin oder beim Patienten oder die Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

Horizontal lines for optional explanation text

Ausstellungsdatum

Grid for issue date

Ausfertigung Gutachter*in

Verbindliches Muster
Stempel / Unterschrift Gutachter*in

Name und Anschrift Therapeut*in

Chiffre Patient*in

Grid for patient ID number

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig



Name und Anschrift Krankenkasse

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Grid for insurance processing number

Bericht Therapeut*in vom

TTMMJJ date grid

Eingangsdatum Krankenkasse

TTMMJJ date grid

Eingangsdatum Gutachter*in

TTMMJJ date grid

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den Antrag auf Psychotherapie

als erfüllt anzusehen

als nicht erfüllt anzusehen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt Therapieeinheiten mit GOP des EBM

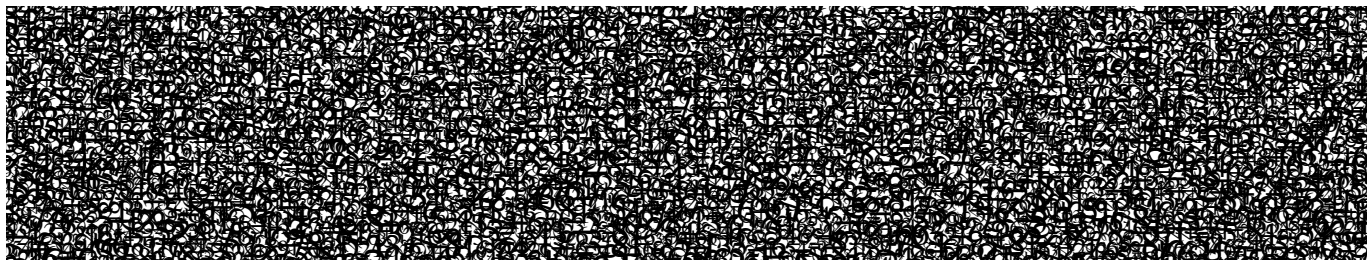
insgesamt befürwortet Therapieeinheiten mit GOP des EBM

Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

insgesamt befürwortet Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

Begründung nur für Therapeut*in bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung



Kurzbegründung für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 27 enthalten sind
Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar
Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie
Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen
Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen bei der Patientin oder beim Patienten oder die Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

Horizontal lines for explanation

Ausstellungsdatum

TTMMJJ date grid

Ausfertigung Krankenkasse

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Gutachter*in

VERTRAULICH
Nur Gutachter*innen dürfen diesen Briefumschlag öffnen

Unterlagen für das Gutachtenverfahren

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Chiffre Patient*in

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Name und Anschrift Krankenkasse

Begutachtung einer

AP ST TP VT
 KiJu Erw
 Einzelbehandlung Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung

Antragsart

LZT Erstantrag LZT Umwandlung LZT Fortführung
 KZT 1 KZT 2

Inhalt

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

Erklärung Therapeut*in

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

Ausstellungsdatum

Freigabe 20.02.2020

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

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 stark beeinträchtigen 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 Einfällen, konkrete Aufgaben um z. B. Ängste zu bewältigen oder spielerisches 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 jeder Psychotherapie ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut sowie eine Klärung, ob das geplante Psychotherapieverfahren den Erwartungen der Patientin oder des Patienten entgegenkommt. Auf dieser Grundlage bietet Psychotherapie die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen das eigene Erleben und Verhalten sowie Beziehungserfahrungen zu besprechen, zu erleben und zu überdenken und infolge dessen 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. Einen Wechsel der Krankenversicherung muss die Patientin oder der 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 reine Erziehungs-, 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 Probegespräche, sogenannte probatorische Sitzungen, 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. Entscheiden 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 50 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 Gruppenpsychotherapie 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 Gruppenpsychotherapie nutzt zusätzlich Beziehungserfahrungen und das wechselseitige Lernen zwischen Patientinnen und Patienten in der Gruppe für die Psychotherapie.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (www.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 Krankheitssymptome durch konflikthafte unbewusste Verarbeitung von frühen oder 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, Erinnerungen und Beziehungsmustern, die gegenwärtig Krankheitssymptome verursachen, eine zentrale Rolle. Dadurch kann in der Gegenwart zunächst unverständlich erscheinendes Fühlen und Handeln in der therapeutischen Beziehungsarbeit verstanden und verändert werden.

Systemische Therapie

Die Systemische Therapie versteht psychische Störungen unter besonderer Berücksichtigung von Beziehungen. Neben der Sicht auf Belastendes 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, symptomfördernde Verhaltensweisen, Interaktionsmuster und Bewertungen umwandeln 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.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sieht Krankheitssymptome 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 auseinanderzusetzen. 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 seines Handelns, Denkens und Fühlens motiviert und angeleitet. Dabei werden die bereits vorhandenen Stärken und Fähigkeiten herausgearbeitet und für den Veränderungsprozess nutzbar gemacht.

Verbindliches Muster

Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund
und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

TTMMJJ, TTMMJJ

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

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine
behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

ICD-10 - GM endständig

ICD-10 - GM endständig

ICD-10 - GM endständig

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

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

| |
|--|
| |
| |

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig

hausärztliche Abklärung

Fachgebiet

Präventionsmaßnahme

fachärztliche Abklärung

ambulante
Psychotherapie

ambulante Psychotherapeutische
Akutbehandlung

Analytische Psychotherapie

stationäre Behandlung

Systemische Therapie

Krankenhausbehandlung

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Rehabilitation

Verhaltenstherapie

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen
Krankenversicherung

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

| |
|--|
| |
| |
| |

Ihr nächster Termin

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis
durchgeführt werden

Datum

Uhrzeit

TTMMJJ, :

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

Weitervermittlung

zeitnah erforderlich

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Erklärung Patient*in

Eine Kopie dieser Information darf erhalten:

Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Straße

PLZ

Ort

Datum

TTMMJJ

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

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Patient*in

Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

,

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

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

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

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

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig | <input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung Fachgebiet _____ |
| <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme | <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____ |
| <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie | <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Systemische Therapie | <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung |

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

Ihr nächster Termin

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

Datum , Uhrzeit :

- Weitervermittlung zeitnah erforderlich

Erklärung Patient*in
Eine Kopie dieser Information darf erhalten:
Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Datum

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

Ausstellungsdatum

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Therapeut*in



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

Name und Anschrift Krankenkasse

Akutbehandlung für
 Erwachsene

 Kinder/Jugendliche
Beginn am

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

Diagnose(n)

ICD-10 - GM endständig

ICD-10 - GM endständig

ICD-10 - GM endständig

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

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

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

 ja, und zwar am

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

 und ggf. am

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

 in anderer Praxis

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

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Krankenkasse



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

Name und Anschrift Krankenkasse

Akutbehandlung für

Erwachsene

Kinder/Jugendliche

Beginn am

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

Diagnose(n)

ICD-10 - GM endständig

ICD-10 - GM endständig

ICD-10 - GM endständig

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

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

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

ja, und zwar am

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

und ggf. am

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

 in anderer Praxis

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

Ausstellungsdatum

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

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Therapeut*in