

## PTV 11-Formular:

### So sollte das Formular „kostenerstattungsfreundlich“ ausgefüllt sein

Voraussetzung für die Bewilligung einer Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren ist immer, dass die/der Patient\*in eine Sprechstunde bei einer/m Vertragspsychotherapeut\*in besucht hat. Dort erhält sie/er ein ausgefülltes PTV 11-Formular. Daraus muss hervorgehen, dass die Behandlung der/des Patient\*in zeitnah erforderlich ist (Dringlichkeit) und die Behandlung durch die/den Vertragspsychotherapeut\*in nicht „zeitnah“ erfolgen kann („Systemversagen“). Der Begriff „dringlich“ ist rechtlich jedoch nicht eindeutig definiert.

Uns erreichen immer wieder Fragen aus der Kassenwatch-Community, wie das PTV 11-Formular von den Vertragstherapeut\*innen am besten ausgefüllt sein soll, um die besten Chancen auf die Bewilligung einer Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren zu haben. Auch stellt sich immer wieder die Frage, wo der Dringlichkeitscode eigentlich genau aufgeklebt werden soll. Wir haben für Sie eine PTV 11-Ausfüllhilfe entwickelt. Mit diesem Hintergrundwissen können Sie oder Ihr/e Patient\*innen die Vertragstherapeut\*innen gezielt ansprechen und um das „kostenerstattungsfreundliche“ Ausfüllen des Formulars bitten.

### 1. „Empfehlungen zum weiteren Vorgehen“: „Ambulante Psychotherapie“ sollte angekreuzt sein

**Empfehlungen zum weiteren Vorgehen**

<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung
<input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme	<input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung <small>Fachgebiet</small>
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 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"/> ...

Nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 war lange Zeit unklar, mit welcher Empfehlung im PTV 11-Formular – „Ambulante Psychotherapie“ oder „Ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung“ – ein Antrag auf Kostenerstattung die größten Erfolgsaussichten hat. Heute empfehlen wir, dass hier nicht „Ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung“, sondern „Ambulante Psychotherapie“ angekreuzt sein sollte.



Zusammenfassend lässt sich festhalten: Falls auf dem PTV11 angegeben wird „Ambulante Psychotherapie“ und „zeitnah erforderlich“, sowie ein Dringlichkeitscode vorhanden ist, hat der/die Patient\*in einen Anspruch auf Vermittlung von probatorischen Sitzungen über die Terminservicestellen der KV.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

---

Name, Vorname des Versicherten  
**Musterfrau, Erika** geb. am

---

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

---

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

**PTV 11**

**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  
**310822**

**Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde**

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt    ICD-10 - GM endständig    ICD-10 - GM endständig    ICD-10 - GM endständig

**F32.1V**

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

**Empfehlungen zum weiteren Vorgehen**

keine Maßnahme notwendig

Präventionsmaßnahme

**1.**  ambulante Psychotherapie

Analytische Psychotherapie

Systemische Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

hausärztliche Abklärung    Fachgebiet

fachärztliche Abklärung

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

**2.** Nähere Angaben zu den Empfehlungen

(Mind.) wöchentliche Frequenz der ambulanten Psychotherapie wird empfohlen. Akutbehandlung ist nicht ausreichend.

**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 **3.**

**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

Überweisungscode:  
**D2BTM4DRDYFA**

← Dringlichkeitscode

**Ausfertigung Patient\*in**

Ausstellungsdatum  
**310822**

Stempel / Unterschrift Therapeut\*in

Muster PTV 11a (7-2020)