



**Fortbildung für
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
„Soldatinnen und Soldaten in der Bundeswehr –
Dienst, Einsatz und Belastungen“**

**Heilbehandlung für die Bundeswehr
Beantragung - Überweisung - Abrechnung**

OFA Dr. Antje Hemberger Kdo RegSanUstg G3.2.1

Berlin 21.08.2019



- **Grundlagen**
- **Antrag und Genehmigung**
 - Psychotherapeutische Sprechstunde
 - Probatorik
 - Psychotherapeutische Akutbehandlung
 - Kurzzeittherapie
 - Langzeittherapie
- **Überweisung und Abrechnung**
 - Kassenzulassung
 - Privatliquidation



- **Grundlagen**
- Antrag und Genehmigung
 - Psychotherapeutische Sprechstunde
 - Probatorik
 - Psychotherapeutische Akutbehandlung
 - Kurzzeittherapie
 - Langzeittherapie
- Überweisung und Abrechnung
 - Kassenzulassung
 - Privatliquidation



Gesetzliche, vertragliche und bundeswehrinterne Grundlagen:

- Psychotherapierichtlinie vom 01.04.2017
- Vereinbarung BMVg und BPtK vom 09.09.2013 i.d.g.F. vom 7./9.02.2017
- Zentrale Dienstvorschrift A-1455/4 Anlage Psychotherapie



Therapieformen:

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Einzel- und/oder Gruppentherapie
- Kurzzeittherapie
- Langzeittherapie

KEINE Paartherapie - KEINE Familientherapie

KEINE wissenschaftlich nicht belegten Therapieverfahren



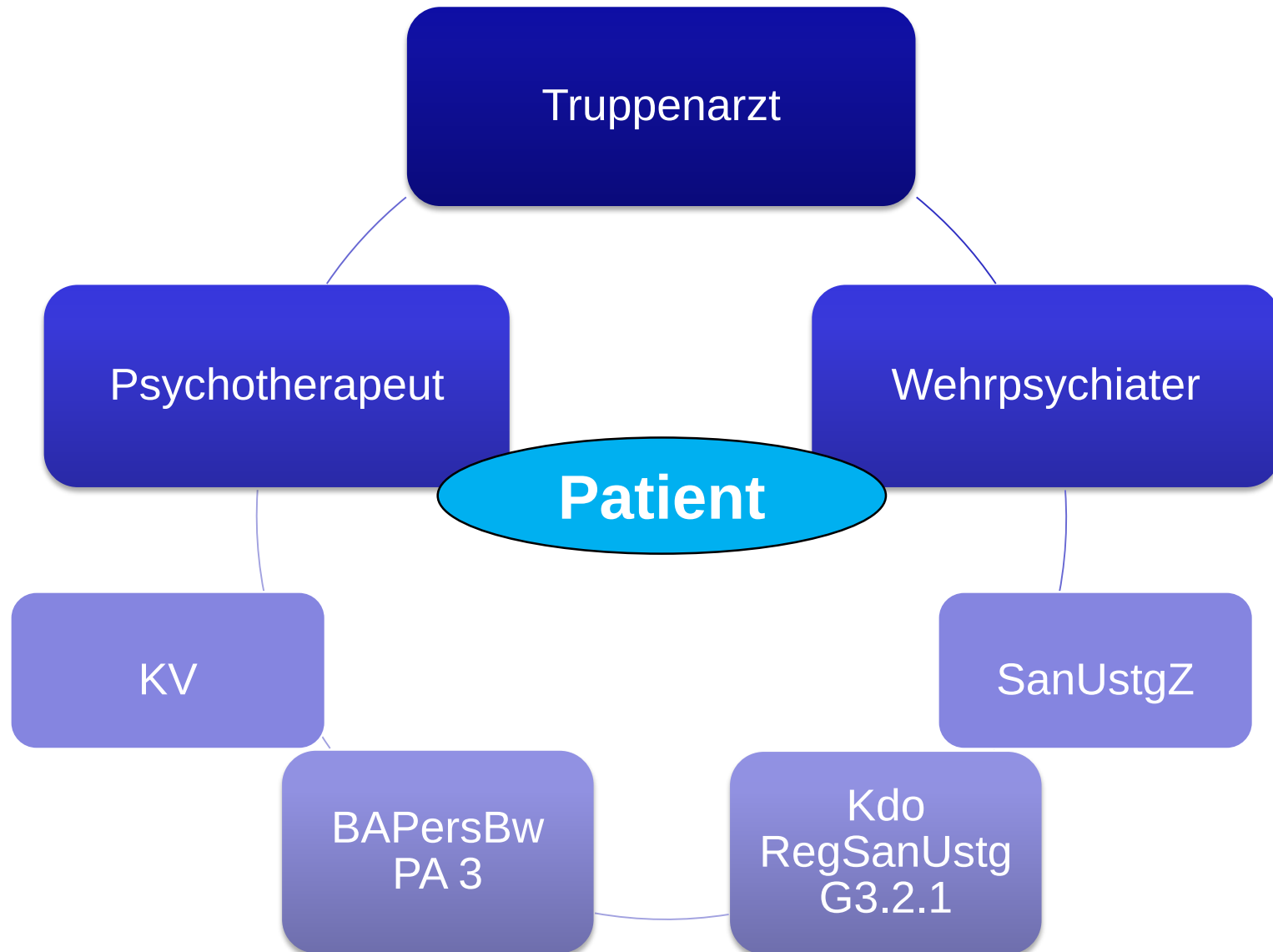
Therapeuten:

- KV-Zulassung (Abrechnung nach EBM)
- Privatliquidation (max. 2,2 facher Satz nach GOP/GOÄ)
- Ärztliche Psychotherapeuten
- Approbierte Psychologische Psychotherapeuten
- Studierte Psychologen (Universitätsabschluss mit Diplom oder Master) in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Supervision durch anerkannten Supervisor)



Therapeuten:

- KEINE Heilpraktiker
- KEINE Kinder-/Jugendtherapeuten nach dem 21. Lj.
- KEINE Dipl.-Psych. mit Berufserlaubnis
- KEINE Therapeuten ohne deutsche Approbation oder gleichwertigen Nachweis





- Grundlagen
- **Antrag und Genehmigung**
 - Psychotherapeutische Sprechstunde
 - Probatorik
 - Psychotherapeutische Akutbehandlung
 - Kurzzeittherapie
 - Langzeittherapie
- Überweisung und Abrechnung
 - Kassenzulassung
 - Privatliquidation



Psychotherapeutische Sprechstunde:

- mindestens 50 Minuten sind in Anspruch zu nehmen
- kein Antrag und keine Genehmigung notwendig
- Überweisung vom Truppenarzt
- für privat liquidierende Psychotherapeuten nicht vorgesehen

- Kassenzulassung: mind. 2 bis höchstens 4 Sitzungen
- Privatliquidation: 5 Sitzungen
- kein Antrag und keine Genehmigung notwendig
- Truppenarzt: Überweisung (EBM)
Kostenübernahmeerklärung (privat)



Psychotherapeutische Akutbehandlung:

- 24 Sitzungen à 25min.
- kein Antrag und keine Genehmigung notwendig
- Überweisung vom Truppenarzt
- für privat liquidierende Psychotherapeuten nicht vorgesehen

- Kassenzulassung: 2 Kontingente mit je 12 Sitzungen
- Privatliquidation: 25 Sitzungen (als 1 Kontingent)
- kein Antrag und keine Genehmigung notwendig
- Vorlage PTV 1 und PTV 2 (EBM) bzw. Schreiben (privat) vom Psychotherapeuten
- Truppenarzt: Überweisung (EBM)
Kostenübernahmeerklärung (privat)



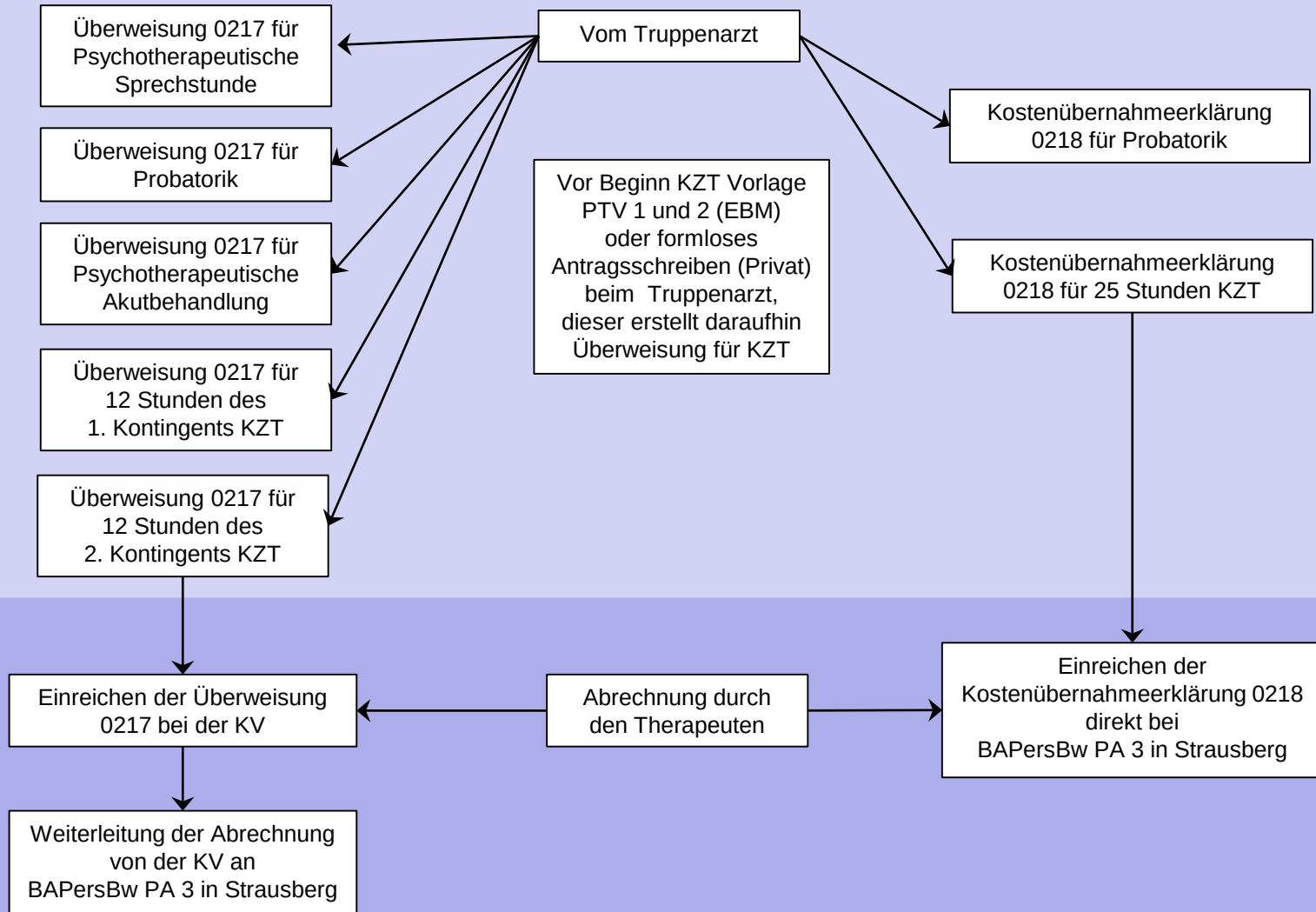
Langzeittherapie:

- Umwandlung KZT in LZT / Verlängerung LZT
- Vorlage PTV 1 und PTV 2 (EBM) bzw. formloses Antragsschreiben (privat) vom Psychotherapeuten sowie jeweils Bericht an den Gutachter (verschlossen) beim Truppenarzt
- Truppenarzt beantragt mit diesen Unterlagen und dem Befund des Wehrpsychiaters Maßnahme bei Kdo RegSanUstg
- Genehmigung notwendig, erteilt durch Kdo RegSanUstg



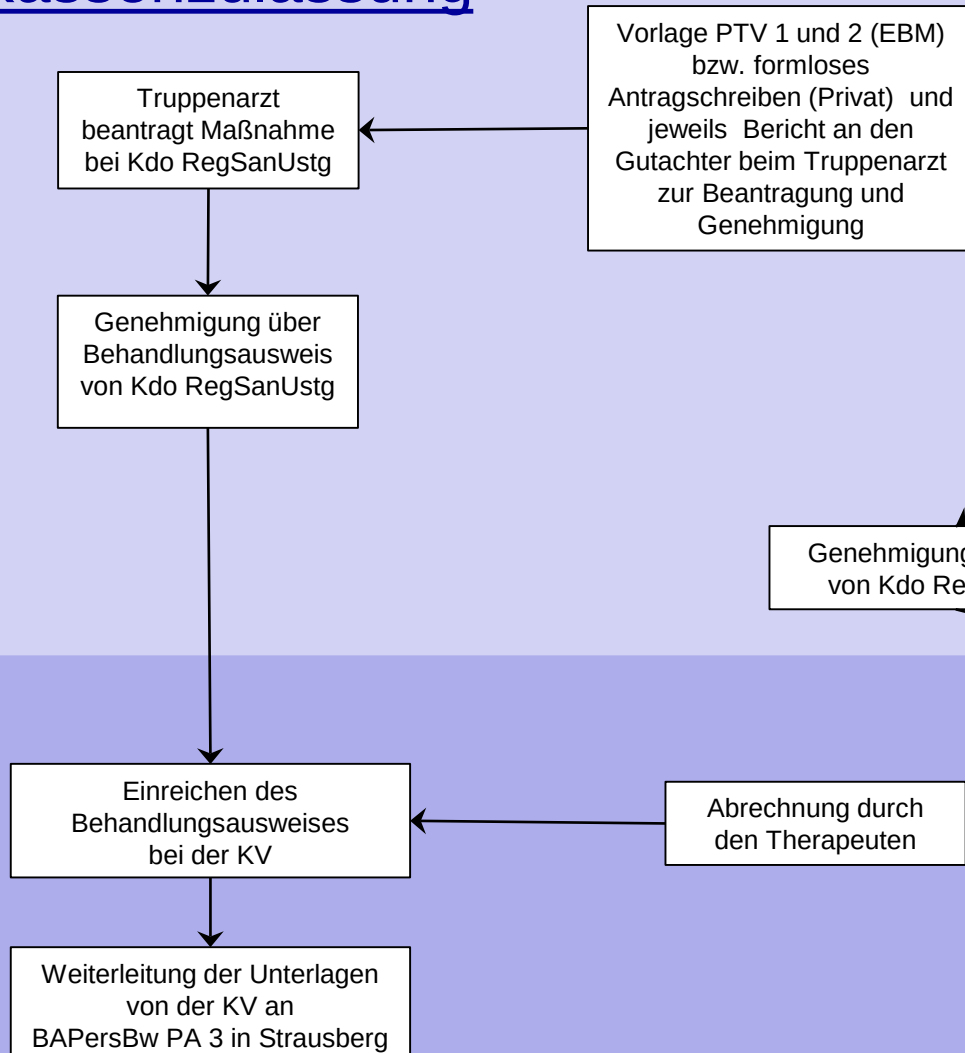
Kassenzulassung

Privatliquidation

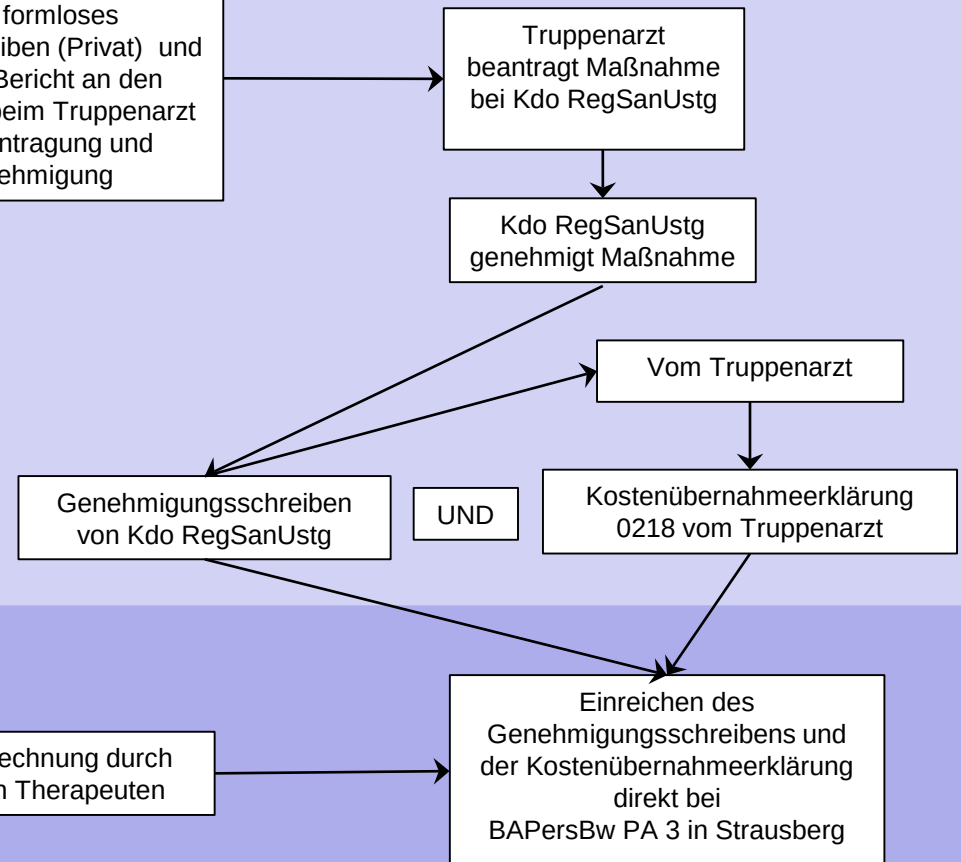




Kassenzulassung



Privatliquidation





- Grundlagen
- Antrag und Genehmigung
 - Psychotherapeutische Sprechstunde
 - Probatorik
 - Psychotherapeutische Akutbehandlung
 - Kurzzeittherapie
 - Langzeittherapie
- **Überweisung und Abrechnung**
 - Kassenzulassung
 - Privatliquidation



Psychotherapeut mit Kassenzulassung:

- Abrechnung nach EBM, über KV bei BAPersBw PA 3
- Überweisung Truppenarzt mit Formblatt San/Bw/0217
 - Psychotherapeutische Sprechstunde
 - Probatorik
 - Psychotherapeutische Akutbehandlung
 - Kurzzeittherapie
- Genehmigung Kdo RegSanUstg mit Behandlungsausweis für Langzeittherapie



Überweisungsschein San/Bw/0217

Schutzbereich 3



Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)

Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – **außer in Notfällen** – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – **außer in Notfällen** – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.

Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus.

Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum)
vom (Datum) bis (Datum)

1 Personenkennziffer 		2 Überweisung an Herrn/Frau Dr. 	
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 			
4 Überweisung zur a) ☐ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/ ☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)			
b) ☐ zur Konsiliaruntersuchung c) ☐ zur Mitbehandlung d) ☐ zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3 e) ☐ zur ambul. Operation in der Arztpraxis			
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach ☐ Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) ☐ Nr. 01621 (Krankheitsbericht) ☐ Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) ☐			
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐			
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon) 		(Ort, Datum) 	
		(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung) 	
		Verteiler: ☐ Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung ☐ Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) ☐ Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr	

– Ohne Unterschrift ungültig –



Quartal		Diagnosen (ggf Abrechnungsbegründungen)				EBM
/ 20						
Tag		Tag		Tag		LfdNr:
						Bundeswehr



Erstes Quartal

Schutzbereich 3

**Bundeswehr**

Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)

Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd Kalendervierteljahr hinaus.

Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum)
vom (Datum) bis (Datum)

Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – **außer in Notfällen** – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – **außer in Notfällen** – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.

1 Personenkennziffer			
Name, Vorname		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr.		Fachgebiet	
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf			
4 Überweisung zur			
a) ☒ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/ ☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)			
Ambulante Psychotherapie 12x [EBM od. Behandlungsverfahren ausformuliert] einschließlich flankierender Ziffern			
1. Kontingent			
b) ☐ zur Konsiliaruntersuchung c) ☐ zur Mitbehandlung d) ☐ zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3 e) ☐ zur ambul. Operation in der Arztpraxis			
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach ☐ Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) ☐ Nr. 01621 (Krankheitsbericht) ☐ Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) ☐			
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a Diagnose (Feld 3) ☐			
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)		(Ort, Datum)	
		(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)	
		Verteiler: ☐ Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung ☐ Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) ☐ Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr	

– Ohne Unterschrift ungültig –



Erstes Quartal

Schutzbereich 3

**Bundeswehr**

Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)

Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd Kalendervierteljahr hinaus.

Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum)
vom (Datum) bis (Datum)

Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – **außer in Notfällen** – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – **außer in Notfällen** – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.

1 Personenkennziffer			
Name, Vorname		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr.		Fachgebiet	
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf			

Überweisung zur

☒ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/

☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)

Ambulante Psychotherapie (12x) [EBM od. Behandlungsverfahren ausformuliert] einschließlich flankierender Ziffern

EBM nach Kontingent und Behandlungsverfahren unterschiedlich! **1. Kontingent**

☐ Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3)		Verteiler: ☐ Ausfg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung ☐ Ausfg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) ☐ Ausfg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr	
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)	(Ort, Datum)		
	(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)		

– Ohne Unterschrift ungültig –



Folgequartal

Schutzbereich 3



Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)

Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus.

Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum)
vom (Datum) bis (Datum)

Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – **außer in Notfällen** – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – **außer in Notfällen** – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.

1 Personenkenzziffer

Name, Vorname

Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht

☐ Ja ☐ Nein

2 Überweisung an Herrn/Frau Dr.

Fachgebiet

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf

Überweisung zur

☒ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/

☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)

Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Überweisungsschein vom [Erstelldatum des ersten

Überweisungsträgers]

5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3)

☐

(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)

Verteiler:

- ☐ Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung
- ☐ Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte)
- ☐ Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr

– Ohne Unterschrift ungültig –

[illegible]

**Erstellt durch Kdo
RegSanUstg G 3.2.1
bei Genehmigung
einer
Langzeittherapie**

**Gültigkeitszeitraum
ist angegeben, in
der Regel für 1 Jahr
bzw. 4 Quartale**

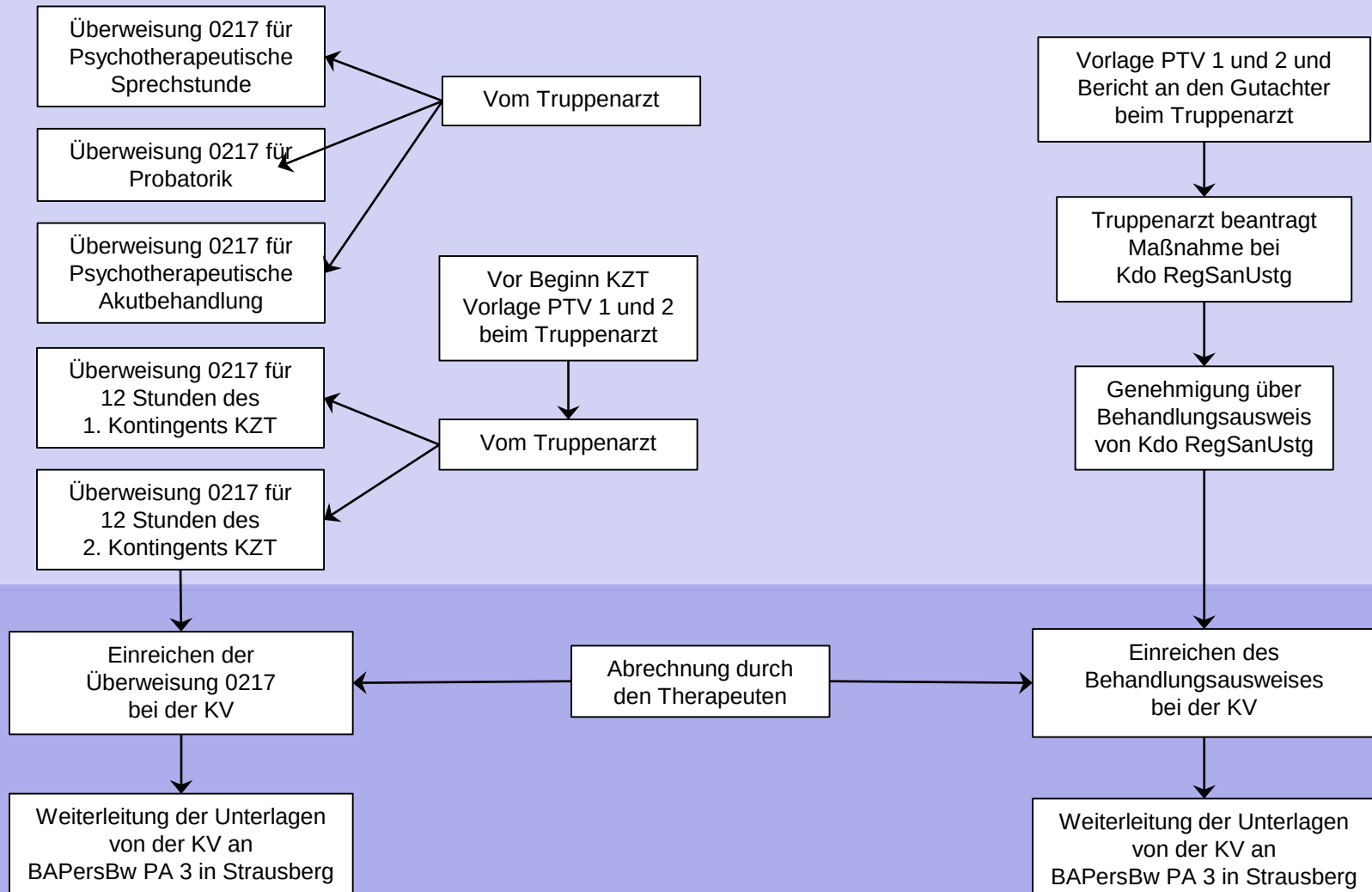
[illegible]



KZT

Kassenzulassung

LZT





Psychotherapeut mit Privatliquidation:

- Abrechnung nach GOÄ/GOP bei BAPersBw PA 3
- Kostenübernahmeerklärung vom Truppenarzt mit Formblatt San/Bw/0218
 - Probatorik
 - Kurzzeittherapie
- Genehmigung Kdo RegSanUstg für Langzeittherapie mit Kostenübernahmeerklärung vom Truppenarzt



Kostenübernahme- erklärung San/Bw/0218

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer vom (Datum) _____ bis (Datum) _____	
1 Personenkennziffer 		Name, Vorname _____	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) PLZ, Ort, Straße _____		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein Fachgebiet _____	
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf _____			
4 Überweisung zur ambulanten a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) ☐			
b) Konsiliar-untersuchung ☐ c) Mitbehandlung ☐ d) amtsärztlichen Untersuchung ☐ e) Operation ☐ Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht ☐ Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung ☐ Nr. _____ ☐			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen ☐ b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen ☐ c) AHB ☐			
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon _____		PLZ, Ort, Datum _____ Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr _____	
–Ohne Unterschrift ungültig–			



Erstes Quartal

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennziffer 		vom (Datum) bis (Datum)	
Name, Vorname		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) 		Fachgebiet	
PLZ, Ort, Straße			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 			
4 Überweisung zur ambulanten a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) ☒ Psychotherapie: 25 x [GOÄ/ GOP od. Behandlungsverfahren ausformuliert, zum 2,2 fachen Steigerungssatz einschließlich flankierender Ziffern]			
b) Konsiliar-untersuchung ☐ c) Mitbehandlung ☐ d) amtsärztlichen Untersuchung ☐ e) Operation ☐			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht ☐ Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung ☐ Nr.			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen ☐ b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen ☐ c) AHB ☐			
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon		PLZ, Ort, Datum	
		Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr	
		–Ohne Unterschrift ungültig–	
San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04)		VersNr 7530-12-323-5758	
Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.			



Erstes Quartal

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennciffer 		vom (Datum) bis (Datum)	
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) 		Fachgebiet 	
PLZ, Ort, Straße 			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 			

4 Überweisung zur ambulanten

a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)

☒ Psychotherapie: 25 x [GOÄ/ GOP od. Behandlungsverfahren ausformuliert, zum 2,2 fachen Steigerungssatz einschließlich flankierender Ziffern

5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐		
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen ☐ b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen ☐ c) AHB ☐		
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus		
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung		
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon 	PLZ, Ort, Datum 	
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr 		
–Ohne Unterschrift ungültig–		
San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.		



Folgequartal

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennziffer 		vom (Datum)	bis (Datum)
Name, Vorname		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt)		Fachgebiet	
PLZ, Ort, Straße			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf			

4 Überweisung zur ambulanten

a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)

☒ Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Kostenübernahmeerklärung vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]

☐ Bericht		
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐		
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung		
a) Allgemeine Krankenhausleistungen ☐	b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen ☐	c) AHB ☐
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus		
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung		
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon		PLZ, Ort, Datum
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr		–Ohne Unterschrift ungültig–
San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.		



Kommando Regionale
Sanitätsdienstliche
Unterstützung
G3.2.1

65582 Diez, 24.11.201
Schloss Oranienstein
FspNBw 90-4451-238
Tel 06432-940-238
Fax -239

Az 42-75-61
Listen-Nr: P 1900/0001 (bitte angeben)

Sanitätszentrum Musterstadt
- Heilfürsorge -

Musterstraße 1
12345 Musterstadt

Dipl. Psych. Mustermann

Musterstraße 2 12345 Musterstadt

Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie

Anzahl der Behandlungen 50 x 870 GOP zum 2,2-fachen Satz einschließlich flankierender Ziffern

Behandlungsausweis ist gültig von Ausstellungsdatum bis 19.02.2015

Vermerk für den/die Therapeuten/in:

Bei der Abrechnung ist ein Exemplar dieser Genehmigung zusammen mit der Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) des Truppenarztes bei dem Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) Referat PA 3, Prötzeleer Chaussee 25, 15344 Strausberg, einzureichen. Die Abrechnung richtet sich nach der Vereinbarung mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) vom 09.09.2013.

Vermerk für den Truppenarzt:

Der o. g. Zeitraum der Gültigkeit ist in die Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) im Feld abweichende Gültigkeitsdauer zu übernehmen.

Im Auftrag

Diese Genehmigung verliert mit dem Dienstzeitende des Soldaten ihre Gültigkeit, was auch für den Fall gilt, dass der Soldat nach dem Personalstärkegesetz vorzeitig aus der Bundeswehr ausscheidet.

Verteiler: 1. - 2. Ausf. Ziv.Einrichtung
3. Ausf. TrArzt
4. Ausf. Kdo RegSanUstg

Erstellt durch Kdo
RegSanUstg G 3.2.1
bei Genehmigung
einer
Langzeittherapie

Gültigkeitszeitraum
angegeben in der
Regel für 1 Jahr bzw.
4 Quartale

Truppenarzt muss
zusätzlich
Kostenübernahme
San/Bw/0218
erstellen



**Ansprechpartner
Truppenarzt**

Kommando Regionale
Sanitätsdienstliche
Unterstützung
G3.2.1
Az 42-75-61
Listen-Nr: P 1900/0001 (bitte angeben)

65582 Diez, 24.11.201
Schloss Oranienstein
FspNBw 90-4451-238
Tel 06432-940-238
Fax -239

Sanitätszentrum Musterstadt
- Heilfürsorge -

Musterstraße 1
12345 Musterstadt

Dipl. Psych. Mustermann

Musterstraße 2 12345
Musterstadt

Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie

**Art und Anzahl
der genehmigten
Therapie**

Anzahl der Behandlungen 50 x 870 GOP zum 2,2-fachen Satz einschließlich flankierender Ziffern

Behandlungsausweis ist gültig von Ausstellungsdatum bis 19.02.2015

Vermerk für den/die Therapeuten/in:

**Hinweis
Abrechnung**

Bei der Abrechnung ist ein Exemplar dieser Genehmigung zusammen mit der Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) des Truppenarztes bei dem **Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) Referat PA 3, Prötzeler Chaussee 25, 15344 Strausberg**, einzureichen.

Die Abrechnung richtet sich nach der Vereinbarung mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 09.09.2013.

Der o. g. Zeitraum der Gültigkeit ist in die Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) im Feld abweichende Gültigkeitsdauer zu übernehmen.

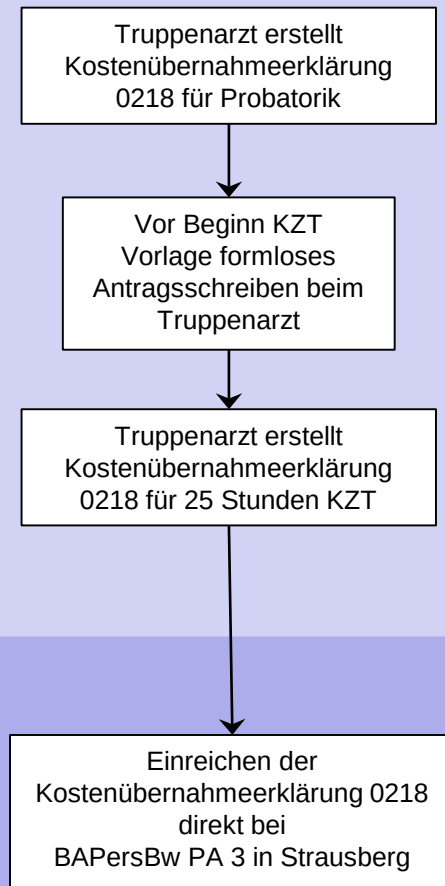
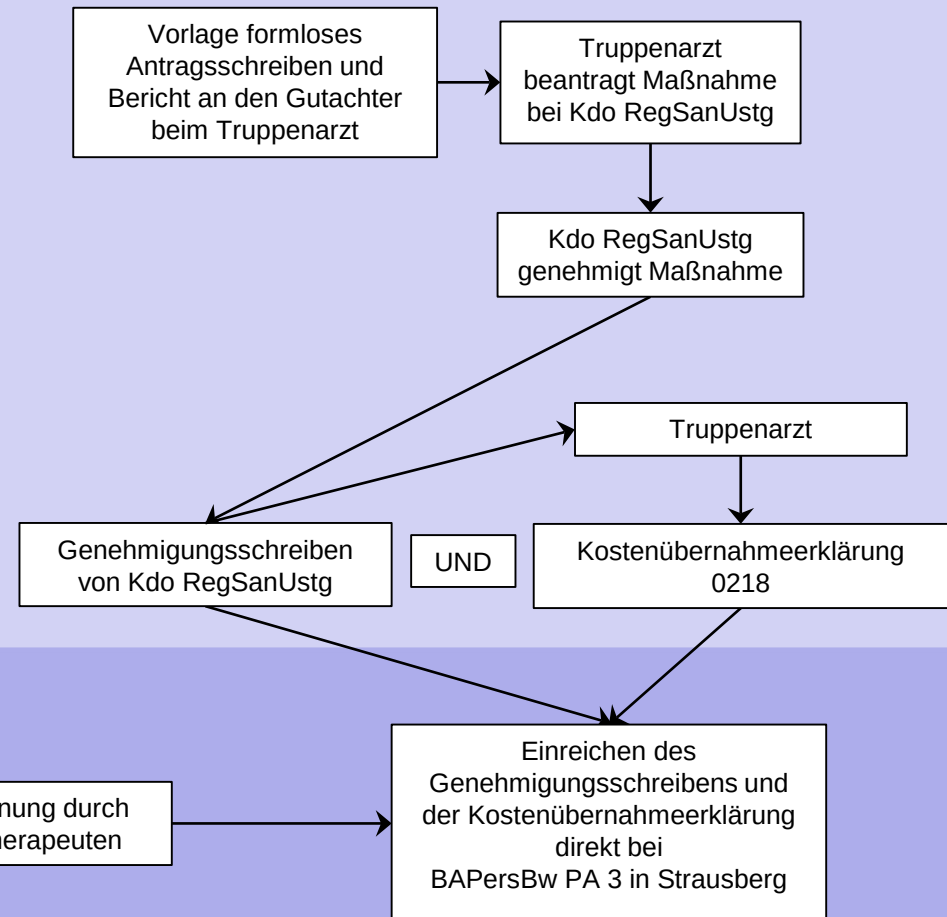
Im Auftrag

Diese Genehmigung verliert mit dem Dienstzeitende des Soldaten ihre Gültigkeit, was auch für den Fall gilt, dass der Soldat nach dem Personalstärkegesetz vorzeitig aus der Bundeswehr ausscheidet.

Verteiler: 1. - 2. Ausf. Ziv.Einrichtung
3. Ausf. Tr.Arzt
4. Ausf. Kdo RegSanUstg



KZT

Privatliquidation



Abrechnungsstelle:

Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr (BAPersBw)
Referat PA 3 Heilfürsorgeabrechnung
Prötzeler Chaussee 25
15344 Strausberg



Ansprechpartner:

- Truppenarzt und Heilfürsorgesachbearbeiter in den Sanitätsversorgungszentren und Abteilung Heilfürsorge der jeweils zuständigen Sanitätsunterstützungszentren
- Kdo RegSanUstg G.3.2.1
Fachbereich III
Rehabilitation und Besondere Heilverfahren



Kdo RegSanUstg G3.2.1

Postanschrift:

Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung

G3.2.1

Fachbereich III Rehabilitation und Besondere Heilverfahren

Schloss Oranienstein

65582 Diez

Kdo RegSanUstg G3.2.1FB III Rehabilitation und Besondere Heilverfahren

OFArzt	Dr. Hemberger	Antje	Fachbereichsleiterin	06432-940-2381
OStArzt	Schrödter	Anna-Maria	Ärztin	- 2382
AN´in	Dersch	Cordula	Sachbearbeiterin	- 2355
AN´in	Litzinger	Monika	Sachbearbeiterin	- 2355
OSG	Böttcher	Markus	Sachbearbeiter	- 2355

Mail:

kdoregsanustgg321kurenbesheilverf@bundeswehr.org



Fragen?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!