



**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 19.09.2018



- **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



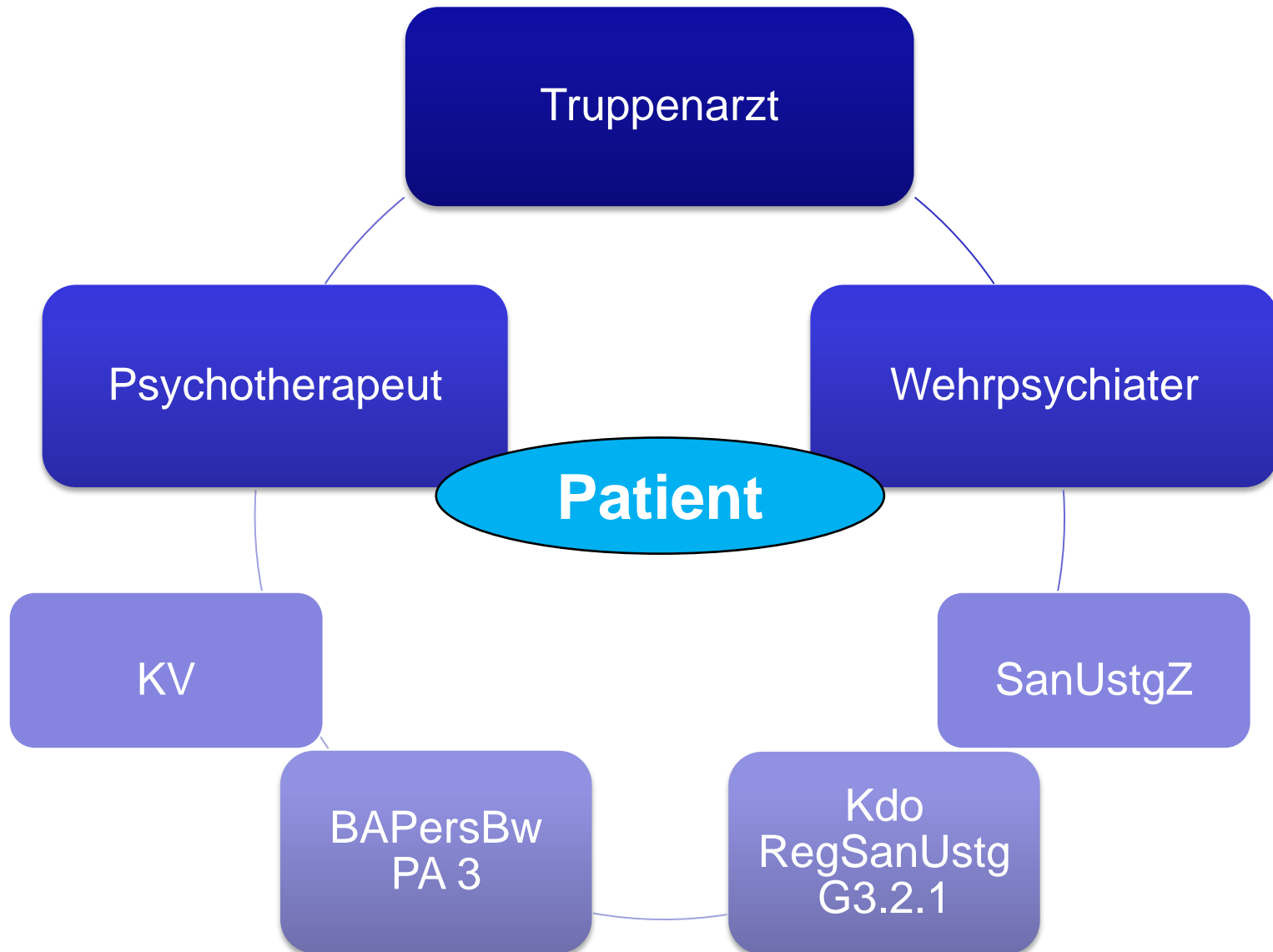
Therapeuten:

- KV-Zulassung (Abrechnung nach EBM)
- Privatliquidation (max. 2,2facher 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 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



Probatorik:

- mindestens 2 bis höchstens 4 Sitzungen
- kein Antrag und keine Genehmigung notwendig
- Überweisung/Kostenübernahmeerklärung vom Truppenarzt



Psychotherapeutische Akutbehandlung:

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



Kurzzeittherapie:

- 2 Kontingente mit je 12 Sitzungen / privat 25 Stunden
- kein Antrag und keine Genehmigung notwendig
- Vorlage PTV 1 und PTV 2 bzw. formloses Antragsschreiben vom Psychotherapeuten beim Truppenarzt
- Überweisung/Kostenübernahme vom Truppenarzt



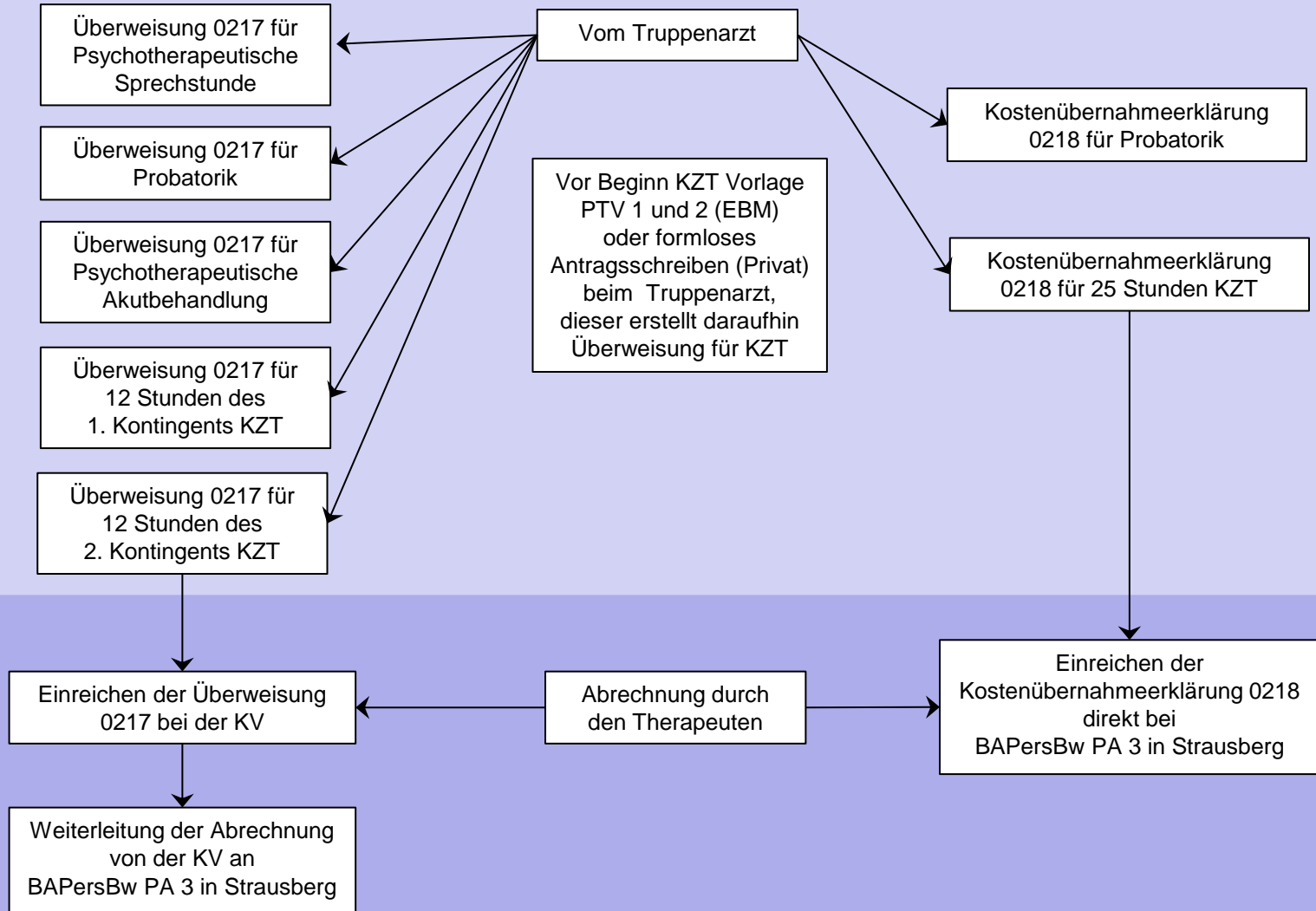
Langzeittherapie:

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



Kassenzulassung

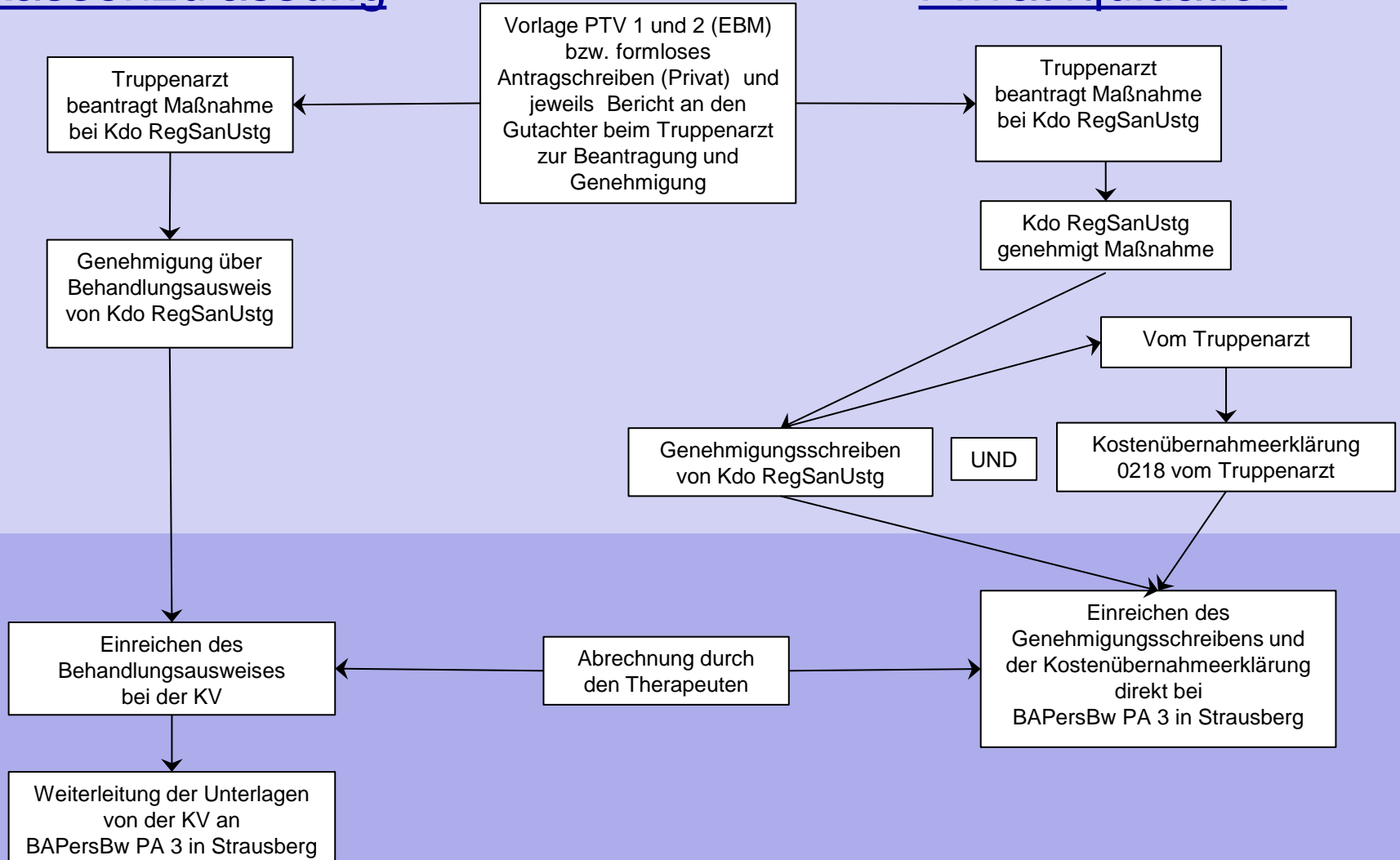
Privatliquidation





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

– Ohne Unterschrift ungültig –

Überweisung und Abrechnung



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

LfdNr:

Bundeswehr

(Stempel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes)



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

<input type="checkbox"/>	(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)	(Ort, Datum)	Verteiler: <input type="checkbox"/> Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung <input type="checkbox"/> Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) <input type="checkbox"/> Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr
		(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)	

– Ohne Unterschrift ungültig –



Folgequartal

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 Personenkenzziffer		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname		Fachgebiet	
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr.		Anschritt (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)		Verteiler: <input type="checkbox"/> Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung <input type="checkbox"/> Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) <input type="checkbox"/> Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)	(Ort, Datum) (Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)	

– Ohne Unterschrift ungültig –

Überweisung und Abrechnung



Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung G3.2.1
Schloss Oranienstein, 65582 Diez

Behandlungsausweis gültig bis 19.02.2015

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 analytische Psychotherapie
 Verhaltenstherapie

Listen-Nr: **P1001/0001**

Name, Vorname, Dienstgrad MUSTERMANN, Markus, HG	Personenkennziffer 123456-M-12345	voraussichtl. DZE 01.01.2001
--	---	--

Truppenteil / Dienststelle
1./Musterinheit, Musterstraße 3, 12345 Musterhausen

Überweisung an Herrn/Frau, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Dipl.Psych. M. Mustermann, Musterstraße 2, 12345 Musterhausen

3. Für den o.g. Soldaten werden hiermit folgende psychotherapeutische Leistungen genehmigt

Leistungen nach Nr.	EBM	einschließlich flankierender Behandlungsziffern
50	35201	

4. Zuständiger Truppenarzt (Einheit, Ort, Telefon)
SanZ Musterhausen -Heilfürsorge-, Musterstraße 1, 12345 Musterhausen

Kdo RegSanUstg

Verteiler: 1 - 4. Ausfertigung für den Psychotherapeuten
5. Ausfertigung für den Truppenarzt
6. Ausfertigung für Kdo RegSanUstg

Abweichende Gültigkeitsdauer:
ab Ausstellungsdatum

21.02.2014 Dr. Mustermann, Dienstgrad
Datum Unterschrift (DstGrd)

Bei Gruppenbehandlung ist vor der Position des EBM auch die Zahl der Sitzungsteilnehmer anzugeben !

Datum	EBM Nr.*	Datum	EBM Nr.*	Datum	EBM Nr.*	Datum	EBM Nr.*

Ich versichere, daß ich die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht habe.

Datum _____ Stempel und Unterschrift des Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten _____

für KV-Zwecke

Daten Patient

Art und Anzahl der Behandlung nach EBM

Truppenarzt

Gültigkeitsdauer ggf. abweichend

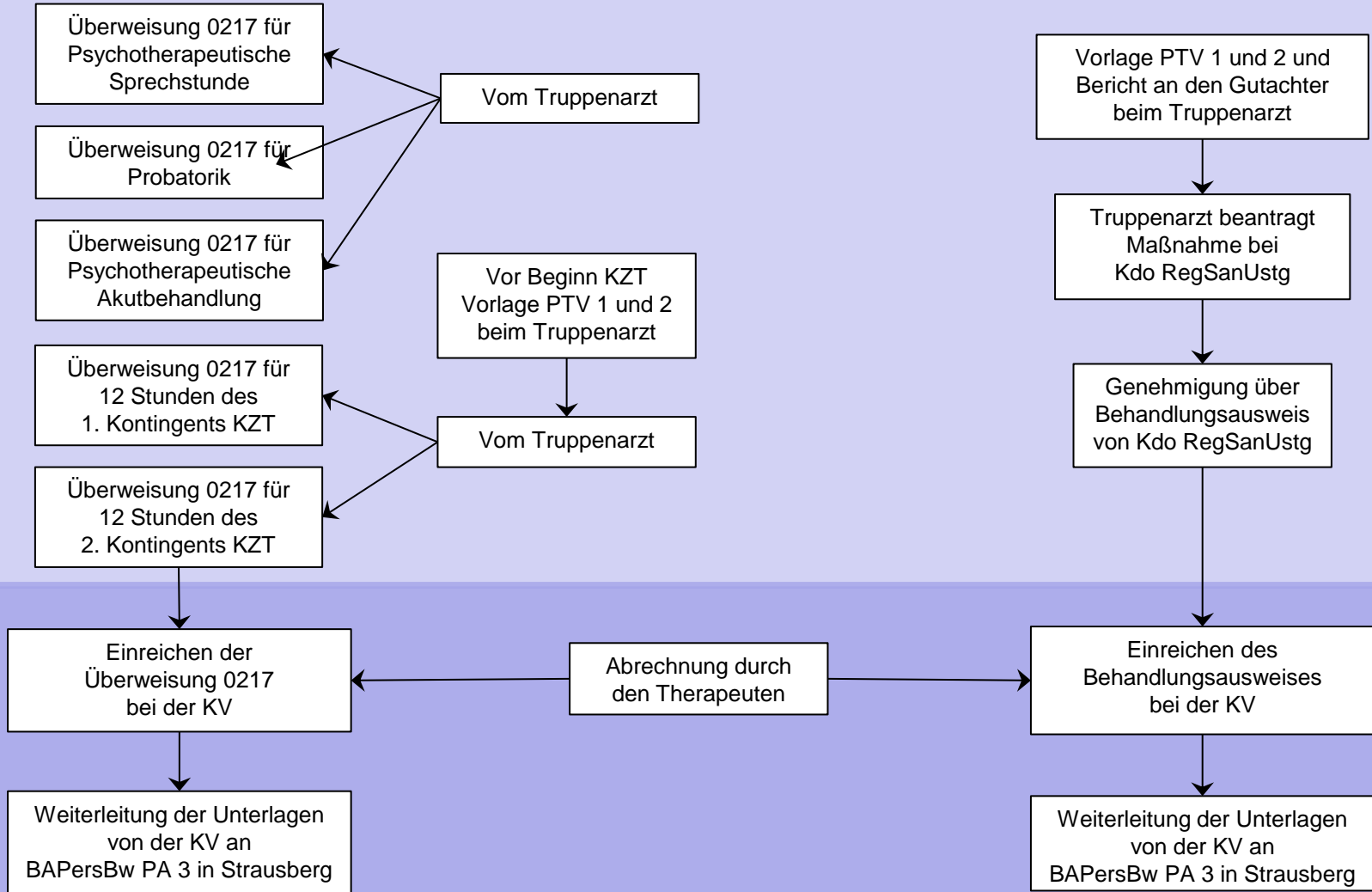
Erfolgte Sitzungen



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 und Kostenübernahmeerklärung vom Truppenarzt

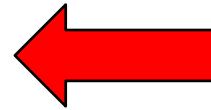



Kostenübernahme- erklärung San/Bw/0218

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1fd Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer vom (datum) bis (datum)	
1 Personenkennziffer <input type="text"/>		Name, Vorname <input type="text"/>	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) PLZ, Ort, Straße <input type="text"/>		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fachgebiet <input type="text"/>	
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf <input type="text"/>			
4 Überweisung zur ambulanten a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) <input type="checkbox"/>			
b) Konsiliar-untersuchung <input type="checkbox"/> c) Mitbehandlung <input type="checkbox"/> d) amtsärztlichen Untersuchung <input type="checkbox"/> e) Operation <input type="checkbox"/>			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht <input type="checkbox"/> Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung <input type="checkbox"/> Nr. <input type="text"/>			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/> b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> c) AHB <input type="checkbox"/>			
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 <input type="text"/>		PLZ, Ort, Datum <input type="text"/>	
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr <input type="text"/>			
–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 Personenkennziffer _____		vom (Datum) _____ bis (Datum) _____	
Name, Vorname _____		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> Psychotherapie: 25 x [GOÄ/ GOP od. Behandlungsverfahren ausformuliert, zum 2,2 fachen Steigerungssatz einschließlich flankierender Ziffern			
b) Konsiliar-untersuchung <input type="checkbox"/> c) Mitbehandlung <input type="checkbox"/> d) amtsärztlichen Untersuchung <input type="checkbox"/> e) Operation <input type="checkbox"/>			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht <input type="checkbox"/> Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung <input type="checkbox"/> Nr. _____ <input type="checkbox"/>			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/> b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> c) AHB <input type="checkbox"/>			
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-2219/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 Personenkennziffer		vom (Datum) bis (Datum)	
Name, Vorname		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/>		
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung		
a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/>	b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/>	c) AHB <input type="checkbox"/>
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–		



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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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]*

<input type="checkbox"/> bericht		
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>		
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung		
a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/>	b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/>	c) AHB <input type="checkbox"/>
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-2219/V-06.04) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.		



Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung G3.2.1	65582 Diez, Schloss Oranienstein FspNBw 90-4451-238 Tel 06432-940-238 Fax -239	24.11.201
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 <u>50 x 870</u> GOP zum 2,2-fachen Satz einschließlich flankierender Ziffern		
Behandlungsausweis ist gültig von <u>Ausstellungsdatum</u> bis <u>19.02.2015</u>		
<u>Vermerk für den/die Therapeuten/in:</u>		
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.		
<u>Vermerk für den Truppenarzt:</u> 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.	
<small>Verteiler: 1. – 2. Ausf. Ziv.Einrichtung 3. Ausf. TrArzt 4. Ausf. Kdo RegSanUstg</small>		

**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**

Überweisung und Abrechnung



**Ansprechpartner
Truppenarzt**

Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung G3.2.1	65582 Diez, Schloss Oranienstein FspNBw Tel Fax	24.11.201 90-4451-238 06432-940-238 -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 <u>50 x 870</u> GOP zum 2,2-fachen Satz einschließlich flankierender Ziffern		
Behandlungsausweis ist gültig von <u>Ausstellungsdatum</u> bis 19.02.2015		
Vermerk für den/die Therapeuten/in:		

**Art und Anzahl
der genehmigten
Therapie**

**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.

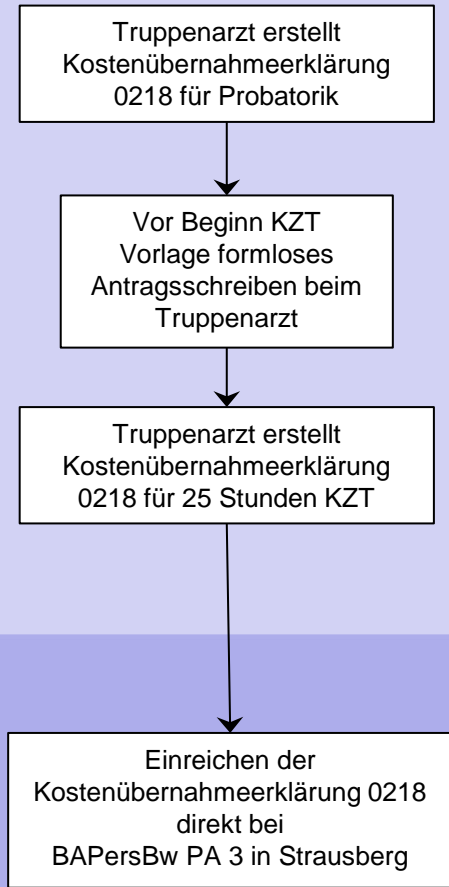
Im Auftrag

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.

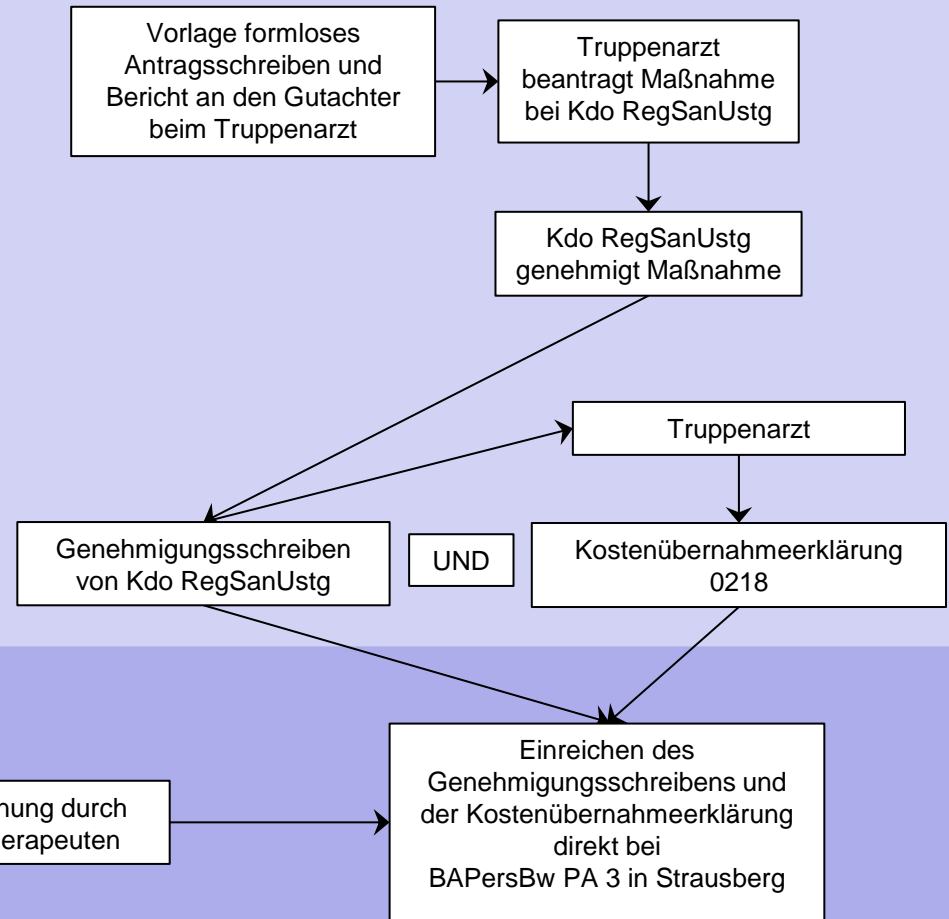
Verteiler: 1. – 2. Ausf. Ziv.Einrichtung
3. Ausf. TrArzt
4. Ausf. Kdo RegSanUstg



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
→ Sachgebiet Kuren und Besondere Heilverfahren



Kdo RegSanUstg G3.2.1

Postanschrift:

Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung

G3.2.1 Kuren und Besondere Heilverfahren

Schloss Oranienstein

65582 Diez

Kdo RegSanUstg G3.2.1SG Kuren und Besondere Heilverfahren

OFArzt	Dr. Hemberger	Antje	Sachgebietsleiter	06432-940-2381
OStArzt	Fitz-Landgraf	Josy	Ärztin	- 2382
AN´in	Dersch	Cordula	Sachbearbeiterin	- 2355
AN´in	Litzinger	Monika	Sachbearbeiterin	- 2355
OSG	Böttcher	Markus	Sachbearbeiter	- 2385

Mail:

kdoregsanustgg321kurenbesheilverf@bundeswehr.org



Fragen?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!