

Leitfaden zur Kostenerstattung

Wenn gesetzlich versicherte Patient*innen bereits bei mehreren kassenzugelassenen Psychotherapeuten aufgrund der langen Wartezeiten vergeblich versucht haben, einen Behandlungsplatz für eine dringend notwendige Psychotherapie zu bekommen, besteht nach § 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch V die Möglichkeit, einen Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie bei der gesetzlichen Krankenkasse zu stellen. Dies ermöglicht es, bei approbierten Psychotherapeut*innen in einer Privatpraxis eine Psychotherapie zu machen und die Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet zu bekommen.

Zur Beantragung der Kostenerstattung für Psychotherapie benötigen Sie die folgenden Formulare:

1. Ausgefülltes Formular PTV11
 - Lassen Sie sich über die Terminservicestelle 116117 mindestens einen Termin für eine Psychotherapeutische Sprechstunde vermitteln.
 - Manche Krankenkassen fordern auch bis zu fünf Vermittlungsversuche über die Terminservicestelle. Informationen dazu können Sie bei Ihrer Krankenkasse erfragen. Beachten Sie dabei, dass Krankenkassen nicht generell die Möglichkeit der Kostenerstattung ausschließen dürfen, auch wenn dies manchmal am Telefon behauptet wird.
 - Das Formular wird bei der Psychotherapeutischen Sprechstunde ausgestellt und sollte neben Ihren persönlichen Daten mindestens eine Verdachtsdiagnose enthalten sowie Kreuze entsprechend **Abbildung 1**.
2. „Antrag auf Kostenerstattung für probatorische Sitzungen“
 - Sie finden ein vorformuliertes Schreiben in dieser Datei und können es mit Ihren Daten ergänzen.
3. Eine Liste über mindestens fünf Psychotherapeut*innen mit einer Kassenzulassung, die Sie bei der Therapieplatzsuche kontaktiert haben
 - Zur Dokumentation der Ablehnungen bzw. von Wartezeiten über sechs Monaten können Sie die angefügte **Tabelle 1** nutzen.
 - Nutzen Sie beispielsweise <https://www.kvhh.net/de/physicianfinder.html> oder <https://www.therapie.de/psyche/info/>, um Psychotherapeut*innen mit Kassenzulassung zu finden
4. ärztlicher Konsiliarbericht d. Hausarzt*in, Psychiater*in oder Neurolog*in
 - Das Formular kann direkt durch d. Arzt*in ausgestellt werden.
 - Zur Orientierung finden Sie die erste Seite des Formulars in **Abbildung 2**
5. Dringlichkeitsbescheinigung von Ihrem Hausarzt oder Psychiater
 - Eine Vorlage finden Sie angefügt

Abbildung 1: Muster PTV11

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenfahrgerechtung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenfahrgerechtung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h2 style="margin: 0;">Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde</h2> <p style="margin: 0;">PTV 11</p> <p style="margin: 0;"><i>Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.</i></p> <p style="margin: 0;"><i>Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.</i></p> <p style="margin: 0;">Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>,</td><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	,	T	T	M	M	J	J
Krankenkasse bzw. Kostenträger																													
Name, Vorname des Versicherten																													
		geb. am																											
Kostenfahrgerechtung	Versicherten-Nr.	Status																											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																											
T	T	M	M	J	J	,	T	T	M	M	J	J																	
<p>Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde</p> <p><input type="checkbox"/> Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt</p> <p>Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) <i>(im Klartext)</i>, weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen</p> <hr/> <hr/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - GM endständig</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - GM endständig</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - GM endständig</td> </tr> </table>	ICD-10 - GM endständig	ICD-10 - GM endständig	ICD-10 - GM endständig																								
ICD-10 - GM endständig	ICD-10 - GM endständig	ICD-10 - GM endständig																											
<p>Empfehlungen zum weiteren Vorgehen</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung <small>Fachgebiet</small> <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung </td> </tr> </table> <p>Nähere Angaben zu den Empfehlungen</p> <hr/> <hr/>		<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie 	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung <small>Fachgebiet</small> <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung																										
<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie 	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung <small>Fachgebiet</small> <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung																												
<p>Ihr nächster Termin</p> <p><input type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden</p>		<p>Datum Uhrzeit</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>,</td><td></td><td></td><td>:</td><td></td><td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Weitervermittlung <input checked="" type="checkbox"/> zeitnah erforderlich</p>	T	T	M	M	J	J	,			:																	
T	T	M	M	J	J	,			:																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Erklärung Patient*in</p> <p>Eine Kopie dieser Information darf erhalten:</p> <p>Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p> <p>Datum</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">Unterschrift Patient*in, ggf. der gesetzlichen Wortretel*innen</p> </div>		T	T	M	M	J	J	<hr/> <hr/> <hr/> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 20px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Ausstellungsdatum</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">Stempel / Unterschrift Therapeut*in</p>	T	T	M	M	J	J															
T	T	M	M	J	J																								
T	T	M	M	J	J																								
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px 20px;">Ausfertigung Therapeut*in</div>		<p style="font-size: x-small;">Muster PTV 11b (7-2020)</p>																											

IK: 33710 - www.praxisConsulting.de - Ökonomet Consulting GmbH - Augustenweg 21 - 50811 Köln-Mitte

Anschrift der Krankenkasse

Betreff: Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten für vier probatorische Sitzungen (VT) auf dem Wege der Kostenerstattung nach §13 (3) SGB V

Versicherte*r: _____
Versicherungsnummer: _____
Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach erfolgloser Suche nach einem Psychotherapieplatz (s. Anlage) möchte ich hiermit um eine Kostenübernahme in der Privatpraxis von Sara Horoz, Andreasstraße 18, 22301 Hamburg, bitten. Frau Horoz ist approbiert als Psychologische Psychotherapeutin mit der Fachkunde Verhaltenstherapie. Sie ist im Arztregister der Kassenärztlichen Hamburg (ENR 02/72830) eingetragen. Für weitere Rückfragen steht Ihnen Frau Horoz gerne per E-Mail (psychotherapie.horoz@outlook.de) oder Tel.: +4915153613947 zur Verfügung.

Hiermit beantrage ich zunächst die Kostenübernahme (gemäß EBM) für 4 probatorische Sitzungen (à mind. 50Min.), die Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren, die Erhebung der biografischen Anamnese und den Bericht für den Gutachter.

Anmerkung:

Die probatorischen Sitzungen sowie die Anamnese sind notwendig, um zum einen die psychotherapeutische Indikation überprüfen sowie eine entsprechende Diagnostik vornehmen zu können und zum anderen im Anschluss den ausführlichen Bericht an den Gutachter (inkl. lebensgeschichtlichen Hintergründen, Makro- und Mikroanalyse, Therapiezielen und Behandlungsplanung) stellen zu können.

Bei Frau Horoz ist die zeitnahe Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie gewährleistet.

Ich danke Ihnen für die Bereitschaft zur Prüfung der Kostenübernahme und bitte um eine zügige Bearbeitung meines Antrages.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Tabelle 1: Protokoll von kontaktierten Psychotherapeut*innen

Nr.	Name Psychotherapeut*in	Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Therapieplatz ja/nein	Wartezeit bis zum <u>Beginn</u> der Psychotherapie
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben in Tabelle 1.

Ort, Datum

Unterschrift

Abbildung 2: Muster Konsiliarbericht

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

22

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

Auf Veranlassung von: _____
Ärztnummer

Name des Therapeuten _____
Betriebsstättennummer

Aus Datenschutzgründen freibleibend

- Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-
indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)
- Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRE-NR.
Muster 22d/E (1.2009)

Ärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung für einen Antrag auf Kostenerstattung nach SGB V § 13 Absatz 3 (vor Aufnahme einer Psychotherapie durch eine*n Psychologische*n Psychotherapeut*in)

Angaben d. Patient*in:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr. _____

Es wurden folgende psychische und somatische Beschwerden/Befunde bei d. Patient *in erhoben:

Es handelt sich um eine Erkrankung im Sinne des SGB V. Diagnose/n gem. ICD-10:

Es besteht keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung.

Aus ärztlicher Sicht besteht bei d. Patient*in aufgrund der o.g. Symptome und Diagnose/n die **dringende Notwendigkeit der zeitnahen Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung** zur Vermeidung einer Verschlimmerung oder/und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik. Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist d. Patient*in nicht zuzumuten. Die/der Patient*in teilte mit, dass sie/er bislang nur Absagen von Vertragspsychotherapeut*innen oder die Aussicht auf mehrmonatige Wartezeiten erhielt. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit der Psychotherapie (in einem Richtlinienverfahren) unterstreichen.

Ort, Datum

Unterschrift, Arztstempel