

Kostenerstattungsverfahren für Psychotherapie (§ 13 Abs. 3 SGB V)

Gesetzlich versicherte Patient:innen haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, eine Psychotherapie in einer Privatpraxis (bei approbierten Therapeut:innen ohne Kassensitz) in Anspruch zu nehmen. Dies ist dann möglich, wenn bei kassenzugelassenen Therapeut:innen kein Therapieplatz in zumutbarer Zeit oder Entfernung verfügbar ist.

Wichtig: Der Antrag auf Kostenerstattung muss vor Beginn der Therapie bei der Krankenkasse gestellt werden. Zudem ist eine Dokumentation Ihrer erfolglosen Suche nach einem Therapieplatz erforderlich (in der Regel ca. 10–20 Absagen).

Schritte im Kostenerstattungsverfahren

1. Dokumentation der Suche

Führen Sie ein Protokoll über Ihre Kontaktversuche bei Kassentherapeut:innen (Datum, Name, Art des Kontakts und Ergebnis; siehe Anlage).

2. Terminservicestelle kontaktieren

Wenden Sie sich an die Terminservicestelle unter 116 117, um sich die Dringlichkeit bzw. Wartezeit bestätigen zu lassen.

3. Psychotherapeutische Sprechstunde

Nehmen Sie an einer psychotherapeutischen Sprechstunde teil. Dort wird die Dringlichkeit festgestellt und im sogenannten PTV 11-Formular dokumentiert (siehe Anlage).

4. Antrag bei der Krankenkasse

Reichen Sie folgende Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse ein:

- Formloser Antrag auf Kostenerstattung (siehe Anlage)
- Protokoll Ihrer Therapiesuche (siehe Anlage)
- Dringlichkeitsbescheinigung (z. B. PTV 11; siehe Anlage)
- Schreiben des:r ausgewählten Privattherapeut:in

Fristen

Die Krankenkasse entscheidet in der Regel innerhalb von:

- 3 Wochen (ohne Gutachterverfahren)
- 5 Wochen (bei Prüfung durch den Medizinischen Dienst)

Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Rückmeldung, gilt der Antrag in der Regel als genehmigt („Genehmigungsfiktion“).

Hinweise zu meiner Praxis

Mir ist es wichtig, **vor Antragstellung einen ersten Kennenlerntermin** zu vereinbaren. Dieser Termin dient dazu, dass wir gemeinsam prüfen können, ob eine Zusammenarbeit passend ist und ob das Behandlungsangebot Ihren Bedürfnissen entspricht.

Bitte beachten Sie:

- Die Kosten für diesen Ersttermin sind **privat zu tragen**.
- Während des Antragsverfahrens kann es zu **Wartezeiten oder Unterbrechungen** kommen. Da diese zeitlich schwer planbar sind, ist es mir wichtig, dass Sie bereit sind, gegebenenfalls auch weitere Termine in dieser Phase **als Selbstzahlerleistung** wahrzunehmen.

Terminvereinbarung Wenn Sie einen Termin im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens vereinbaren möchten, kontaktieren Sie mich bitte per E-Mail unter psychotherapie.wittkamp@posteo.de

Abbildung 1: Muster PTV11

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten ggb. am			PTV 11 Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde <i>Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.</i> <i>Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.</i> Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde TTMMJJJ, TTMMJJJ	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

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

ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

☐ keine Maßnahme notwendig
☐ Präventionsmaßnahme
☒ ambulante Psychotherapie

☐ Analytische Psychotherapie
☐ Systemische Therapie
☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☒ Verhaltenstherapie

☐ hausärztliche Abklärung
☐ fachärztliche Abklärung
☐ ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung
☐ stationäre Behandlung
☐ Krankenhausbehandlung
☐ Rehabilitation
☐ 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

TTMMJJJ, :

☐ Weitervermittlung ☒ zeitnah erforderlich

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

TTMMJJJ

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

Ausfertigung Therapeut*in

Ausstellungsdatum

TTMMJJJ

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

*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

Name des Patienten / der Patientin

geb. am

Datum

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der **PKV / Kostenerstattung**

Auf Veranlassung von:

Name Therapeut*in

Chiffre Patient*in: _____

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens

Geburtsdatum

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und
jugendpsychiatrische Abklärung ist

☐ erforderlich

☐ nicht erforderlich

☐ erfolgt

☐ veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: _____

Exemplar für die Psychotherapeutin

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Aus Datenschutzgründen freibleibend

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV / Kostenerstattung

Auf Veranlassung von: _____
Name Therapeut*in

Chiffre Patient*in: _____

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens

Geburtsdatum

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich ☐ erfolgt ☐ veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: _____

Exemplar für den Gutachter / die Gutachterin
(in Kopie für Therapeut*n / Vertragsarzt*in)

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV / Kostenerstattung

Name des Patienten / der Patientin

geb. am

Datum

Auf Veranlassung von: _____
Name Therapeut*in

Chiffre Patient*in: _____

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens

Geburtsdatum

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: _____

Exemplar für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

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