



PSYCHOTHERAPEUTISCHE

P R A X I S

Merkblatt zum Kostenerstattungsverfahren

In der Privatpraxis ist die Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenkasse nur über das Kostenerstattungsverfahren möglich. Der Hintergrund dafür ist, dass die Therapeuten mit Kassensitz oftmals ausgelastet sind, sodass eine Therapie häufig nicht innerhalb einer zumutbaren Wartezeit beginnen kann. Im SGB (§13) ist jedoch geregelt, dass jeder Mensch, der eine Behandlung benötigt, diese auch bekommen soll. Die Kosten dafür müssen folglich von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Über das Kostenerstattungsverfahren ist es auch gesetzlich Versicherten möglich in der Privatpraxis psychotherapeutisch behandelt zu werden. Damit Sie die Bewilligung erhalten, ist es notwendig ein sogenanntes „Systemversagen“ zu beweisen.

Um schneller einen Therapieplatz zu bekommen, sind folgende drei Schritte notwendig:

1. Rufen Sie die 116 117 (Terminservicestelle) an und vereinbaren Sie eine Psychotherapeutische Sprechstunde bei einem Kassenärztlichen Therapeuten, um das PTV-11 Formular zu erhalten. Ohne aktuelles PTV11-Formular aus der ambulanten Sprechstunde, welche von der Terminservicestelle vergeben wurde, gibt es keine Kostenerstattung.

Ein ausgefülltes PTV11-Formular sehen Sie exemplarisch auf der folgenden Seite:

Auf dem PTV11 sind folgende Kreuze wichtig:

- + Verdachtsdiagnose(n)
- + Empfehlung zum weiteren Vorgehen -> ambulante Psychotherapie -> zeitnah erforderlich und Verhaltenstherapie
- + Die Behandlung kann nicht in dieser Praxis durchgeführt werden
- + Vermittlungscodes

Im Idealfall klebt noch der Dringlichkeitssticker (fehlt in dem Bild) auf dem PTV11.



Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am		Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde PTV 11	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde 	
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 Psychotherapeutische Akutbehandlung ☐ stationäre Behandlung ☐ Krankenhausbehandlung ☐ Rehabilitation ☐ andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ☐ Abklärung beim Hausarzt ☐ Facharzt für ☒ ambulante Psychotherapie ☒ zeitnah erforderlich ☐ Analytische Psychotherapie ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☒ Verhaltenstherapie nähere Angaben zu den Empfehlungen 			
☒ Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden ☐ Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden		NICHT Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit) 	
Straße PLZ Ort 		Ausstellungsdatum 	
Erklärung des Patienten Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält. Name des Arztes 		Stempel / Unterschrift des Therapeuten 	
Datum 		Unterschrift des Patienten ggf. der gesetzlichen Vertreter 	
Ausfertigung für den Patienten			



2. Erstellen Sie eine Liste von 6 bis 10 TherapeutInnen mit Kassensitz ohne freie Therapieplätze. Die Vorlage dafür finden Sie auf der nachfolgenden Seite. Auf der Seite der KV Nordrhein können Sie nach Psychotherapeut:innen suchen:
<https://patienten.kvno.de/praxissuche>

Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei Psychotherapeut/innen mit Kassenzulassung

Anzahl	Datum und Uhrzeit Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch, Mail)	Name des Psychotherapeuten	Kontakt des Psychotherapeuten (Anschrift und Telefonnummer)	Informationen über mögli- chen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Name: _____

Datum, Unterschrift: _____



PSYCHOTHERAPEUTISCHE

P R A X I S

3. Im weiteren Verlauf müssen sie einen Besuch bei Ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin vereinbaren. Auch Psychiater/innen können aufgesucht werden. Bitten Sie den Arzt oder Ärztin darum, dass er oder sie Ihnen einen Konsiliarbericht ausstellt für eine psychotherapeutische Behandlung. Den Konsiliarbericht erhalten Sie von dem Arzt oder die Ärztin. Einen Musterkonsiliarbericht finden Sie im unteren Bild als Muster. Ebenfalls wird eine Dringlichkeitsbescheinigung für eine psychotherapeutische Behandlung benötigt. Einen Vordruck für die Dringlichkeitsbescheinigung finden Sie auf den nachfolgenden Seiten.

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

Konsiliarbericht 22
vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Auf Veranlassung von: Arztnummer

Name des Therapeuten Betriebsstättennummer

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:

Ausstellungsdatum

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Therapeuten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 22a (10.2014)



PSYCHOTHERAPEUTISCHE
P R A X I S

Psychotherapeutische Praxis

Silvia Katscher

Weyerstraße 223

42719 Solingen

An die behandelnde Ärztin, an den behandelnden Arzt

Konsiliarbericht für die Beantragung einer Psychotherapie

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Patientin / Ihr Patient möchte eine Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie) in meiner Praxis wahrnehmen. Ich muss im Vorgang prüfen, ob es somatische Gründe für die psychischen Beschwerden geben könnte. Deshalb möchte ich Sie bitten, den Konsiliarbericht auszufüllen.

Bei Rückfragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer: 0212 / 380 966 20 und per Mail: info@praxis-katscher.de

Mit freundlichen Grüßen

Silvia Katscher

Psychologin (M. Sc.)

Psychologische Psychotherapeutin



PSYCHOTHERAPEUTISCHE
P R A X I S

Ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Name der/des Patientin/en _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose (ICD 10): _____

Bei der/dem oben genannten Patientin/en liegt eine akute psychische Erkrankung vor.
Wir sehen eine ambulante Psychotherapie für die/den Patientin/en als dringend indiziert an.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchten wir die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworten eine sofortige Einleitung einer Therapie im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie bei der Psychologischen Praxis Silvia Katscher

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)



4. Wenn Sie die folgenden Unterlagen

PTV11 aus ambulanter Sprechstunde

Konsiliarbericht und Dringlichkeitsbescheinigung

Kontaktprotokoll

beisammen haben, können Sie einen Antrag auf Kostenerstattung stellen. Dieser ist auf der folgenden Seite zu finden. Ebenfalls bitte ich Sie, die Schweigepflichtsentbindung zu unterschreiben, damit ich in Ihrem Auftrag mit Ihrer Krankenkasse kommunizieren kann. Dies können Sie gesammelt in den Briefkasten einwerfen und ich stelle für Sie einen formlosen schriftlichen „Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie“.

Beantragt wird in diesem Schreiben an die Krankenkasse die „Bewilligung 4 außervertraglicher probatorischer Sitzungen“ bei Silvia Katscher (Psychologische Psychotherapeutin).

Nach den ersten 4 Sitzungen („probatorische Sitzungen“) stelle ich in einem „Bericht an den Gutachter“ den Antrag auf Bewilligung einer Psychotherapie im Richtlinienverfahren „Verhaltenstherapie“.

Die Behandlung beginnt, wenn Ihre Krankenkasse die Übernahme der Kosten zusichert.

Meine Praxis bekommt keine finanziellen Förderungen, d.h. jede Leistung wird Ihnen als Kunde in Rechnung gestellt. Alle Patient*Innen bekommen monatlich eine Rechnung. Unabhängig von der eventuellen Kostenerstattung durch Dritte (z.B. Krankenversicherung) schulden Patienten, inkl. Testungen und Berichte, alle Honorare persönlich in voller Höhe dem Psychotherapeuten. Wenn Ihre gesetzliche Krankenversicherung die Finanzierung bewilligt hat, können Sie diese Rechnungen bei Ihrer gesetzlichen/privaten Krankenversicherung einreichen, um Sie zurückerstattet zu bekommen.



PSYCHOTHERAPEUTISCHE

P R A X I S

Anschrift der Krankenkasse:

Versicherter: _____

Versicherungsnummer: _____ Geb.-Datum: _____

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach erfolgloser Suche nach einem Psychotherapieplatz (s. Anlage) möchte ich hiermit um eine Kostenübernahme in der Privatpraxis von Frau Katscher, Psychologische Psychotherapeutin, Weyerstraße 223, 42719 Solingen, bitten.

Frau Katscher ist approbiert als Psychologische Psychotherapeutin. Sie ist im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (ENR: 2326801) eingetragen. Für weitere Rückfragen steht Ihnen Frau Katscher gerne unter der Rufnummer 0212 380 966 20 zur Verfügung.

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

Anmerkung: Die probatorischen Stunden 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 gutachterlichen Antrag (inkl. lebensgeschichtlichen Hintergründen, Makro- und Mikroanalyse, Therapiezielen und Behandlungsplanung) stellen zu können.

Frau Katscher kann mir sehr zügig einen Therapieplatz anbieten.

Ich danke Ihnen sehr für die Bereitschaft zur Prüfung der Kostenübernahme und bitte um eine zügige, fristgerechte Bearbeitung meines Antrages im Sinn des Patientenschutzgesetzes!

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum, Unterschrift

Schweigepflichtsentbindung

Ich (Name, Vorname, Anschrift):

entbinde hiermit:

Frau Silvia Katscher (Psychologin M. Sc.), Weyerstraße 223, 42719 Solingen

Tel: 0212 / 380 966 20

von der Schweigepflicht gegenüber meiner Krankenkasse:

Name der Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten