

SCHRITTE ZUM KOSTENERSTATTUNGSVERFAHREN

Ich freue mich, dass Sie sich für eine psychotherapeutische Unterstützung entschieden haben. In meiner Privatpraxis erfolgt die Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen über das Kostenerstattungsverfahren. Der Grund dafür ist, dass kassenzugelassene Therapeut:innen aufgrund hoher Nachfrage oft stark ausgelastet sind, was zu langen Wartezeiten führen kann.

Laut Sozialgesetzbuch (§13) hat jede Person das Recht auf die benötigte Behandlung. Die gesetzliche Krankenkasse ist verpflichtet, die Kosten zu übernehmen, um diesen Anspruch zu erfüllen. Das bedeutet, dass auch gesetzlich Versicherte in meiner Praxis eine psychotherapeutische Behandlung erhalten können. Um die Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse zu erleichtern, muss das sogenannte "Systemversagen" nachgewiesen werden.

Für das Kostenerstattungsverfahren sind folgende 3 Schritte erforderlich (nächste Seite). Um Ihnen schnellstmöglich einen Therapieplatz anbieten zu können, empfehle ich Ihnen, diese Schritte parallel zu erledigen. Bitte fühlen Sie sich ermutigt, diesen Weg zu gehen. Es sind wichtige Schritte für Ihre psychische Gesundheit, und ich stehe Ihnen während des gesamten Prozesses unterstützend zur Seite.

Wenn Sie die 3 Schritte abgeschlossen haben, kontaktieren Sie mich bitte über das Epikur-Portal (falls Sie dort schon einen Account haben). Andernfalls schreiben Sie mir eine E-Mail an systemische@therapie-gottlieb.de.

Schritt 1a

- Um das Kostenerstattungsverfahren nutzen zu können, müssen Sie zuerst ein **Erstgespräch bei einer psychotherapeutischen Praxis mit Kassensitz** führen. Nach diesem Gespräch erhalten Sie ein Dokument namens PTV-11. Dieses bestätigt, dass derzeit kein Therapieplatz verfügbar ist, aber eine Psychotherapie dringend notwendig ist (der Dringlichkeitscode muss auf dem PTV-11 stehen).
- Es ist auch wichtig, dass auf dem PTV-11 **systemische Therapie** angekreuzt wird. Das PTV-11 ist ein entscheidender Schritt im Kostenerstattungsverfahren (siehe Foto S.3 für ein korrekt ausgefülltes PTV-11).

Schritt 1b

- Nach dem Erstgespräch (Schritt 1a) ist der nächste Schritt, die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (TSS) unter der Telefonnummer 116 117 anzurufen. Geben Sie während des Anrufs an, dass Sie bereits ein Erstgespräch hatten, ein PTV-11 besitzen und nun einen Therapieplatz bei einer **systemischen Psychotherapeutin** suchen.
- Falls die TSS Ihnen einen Therapieplatz vermitteln kann, ist das eine Ausnahme, da es kaum systemische Psychotherapeut:innen mit einem Kassensitz gibt. **Wenn die TSS Ihnen jedoch keinen Therapieplatz innerhalb der nächsten 4 Wochen anbieten kann, notieren Sie bitte das Datum der Absage und tragen es in die Dokumentation ein** (siehe auch Schritt 2). Es könnte sein, dass Sie bei der 116 117 mehrfach anrufen müssen, um jemanden zu erreichen. Bitte bleiben Sie geduldig und versuchen Sie es so lange, bis Sie erfolgreich durchkommen.

Schritt 2

- Kontaktieren Sie **7-10 Psychotherapeut:innen**. Dies hilft uns zu zeigen, dass Ihnen entweder kein Therapieplatz bei einem Kassentherapeut:in angeboten wurde oder die Wartezeiten unzumutbar lang sind (4-6 Monate). Auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein können Sie Therapeut:innen in Ihrer Nähe finden: [Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein](<https://www.kvno.de/20patienten/10arztsuche/>).
- Wenn Ihnen einer dieser Therapeut:innen ein Erstgespräch anbietet, fragen Sie bitte direkt, wann ein Therapieplatz verfügbar wäre. Notieren Sie diese Information in der beigefügten Dokumentation, inklusive der Wartezeit. Wenn bei einem der kontaktierten Kassentherapeut:innen eine Therapie innerhalb von 4 Monaten beginnen kann, sollten Sie diese Möglichkeit in Betracht ziehen.
- Zur Dokumentation nutzen Sie bitte die Anlage „Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz“.

Schritt 3

- Bitte vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt oder einer Psychiaterin/einem Psychiater. Lassen Sie in diesem Termin die das Formular, **Dringlichkeitsbescheinigung** und **Konsiliarbericht**, ausfüllen. Achten Sie darauf, dass beide Formulare ordnungsgemäß mit dem Arztstempel, dem Datum und der Unterschrift des Arztes versehen sind.

Die Dringlichkeitsbescheinigung und der Konsiliarbericht sind essenzielle Dokumente, die Ihren Anspruch auf eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens unterstützen werden.

! MUSTER/Beispiel für PTV11, das für das Kostenerstattungsverfahren notwendig ist !

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten Muster		
Maxi Neusser Str. 600 D 50737 Köln		geb. am 01.01.90
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status 1000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 01.09.23

Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

PTV 117

Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

_____ , _____

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig | <input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung
<small>Fachgebiet</small> |
| <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme | <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie | <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Systemische Therapie | <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> 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 _____

Weitervermittlung zeitnah erforderlich

Erklärung Patient*in

Eine Kopie dieser Information darf erhalten:

Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Straße

PLZ

Ort

Datum

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

DRINGLICHKEITSCODE 1234556789

Ausstellungsdatum
010923

Dipl.-Psych. Britta Gottlieb
Neusser Str. 617
50737 Köln
LANR 504206268

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

! MUSTER/Beispiel für PTV11, das für das Kostenerstattungsverfahren notwendig ist !

Tabelle1

Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz

Datum und Uhrzeit Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch, Mail)	Name des Psychotherapeuten	Kontakt des Psychotherapeuten (Anschrift und Telefonnummer)	Information über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

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

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

Auf Veranlassung von:

Britta Gottlieb

Name des Therapeuten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer

0																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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: _____

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten

Ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Name Patient:in: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose (ICD-10): _____

Bei dem/der oben genannten Patienten/in liegt eine akute psychische Erkrankung vor. Ich sehe eine ambulante Psychotherapie für den/die Patienten/in als dringend indiziert an.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworte eine sofortige Einleitung einer Therapie im Richtlinienverfahren der systemischen Psychotherapie.

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)