

Ablauf Kostenerstattungsverfahren

1. Rufen Sie Ihre Krankenkasse an und bitten um die Zusendung einer **Liste mit niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ihrer Region**.

2. Kontaktieren Sie die **Terminservicestelle (TSS) 116117** oder unter <https://arztsuche.116117.de/> bzw. rufen Sie **direkt bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an**, um einen Termin für eine **Psychotherapeutische Sprechstunde** zu vereinbaren. **Nehmen Sie unbedingt eine Psychotherapeutischen Sprechstunde bei einem/-er niedergelassenen ambulanten Psychotherapeuten/-therapeutin mit Kassenzulassung wahr.**

In der Psychotherapeutischen Sprechstunde erhalten Sie am Ende das **PTV-11-Formular**. Für die Möglichkeit einer Kostenerstattung muss auf dem PTV 11 angegeben werden, dass eine **ambulante Psychotherapie DRINGEND erforderlich** ist und eine Akutbehandlung nicht ausreichend wäre. Außerdem sollte ein **Dringlichkeitscode** vergeben und **angekreuzt** werden: **ambulante Psychotherapie und „zeitnah erforderlich“**. Als Richtlinienverfahren sollte **Verhaltenstherapie** angekreuzt werden. Lassen Sie sich auch gleich eine **Bescheinigung vom Vertragsbehandler** ausstellen, dass er/sie aktuell **keinen Behandlungsplatz anbieten kann**.

3. Rufen Sie die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen Anhalt (Tel.: 116 117, online: www.eterminservice.de) **an**, um **zeitnah** einen Behandlungsplatz für **probatorische Sitzungen** bei dringender Psychotherapie **vermittelt zu bekommen**. Hierbei geben Sie dann auch den Dringlichkeitscode vom PTV11-Formular an. Gleichzeitig dokumentieren Sie bitte **alle Anruf-Versuche** auf der Vorlage: „Erfolgreiche Terminvermittlung der Terminservicestelle“.

Wurde Ihnen ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut vermittelt, **fragen Sie** am besten vorab in einem Telefongespräch konkret nach, **wann sie/er Ihnen** über die probatorischen Sitzungen hinaus einen **weiterführenden Therapieplatz** für Ihr Kind **anbieten kann**. Kann Ihnen der/die vermittelte Therapeut/in jedoch nur einen Probatorik-Platz, aber **keinen anschließenden Therapieplatz** anbieten- **dokumentieren Sie** dies bitte auf der Vorlage: „Erfolgreiche Terminvermittlung der Terminservicestelle“.

Haben Sie stattdessen erfolgreich einen Behandlungsplatz für Ihr Kind gefunden – Herzlichen Glückwunsch“!

4. Haben Sie hingegen **noch immer keinen Therapieplatz** für Ihr Kind gefunden - **rufen Sie erneut Ihre Krankenkasse an** und lassen Sie sich zum Thema **Kostenerstattung beraten**. Erfragen Sie, **welche Vorgaben** Sie erfüllen müssen und **welche Unterlagen** einzureichen sind.

5. Dokumentieren Sie bitte **eigene Anstrengungen zur Therapeut/innen-Suche** auf der Vorlage: „Protokoll erfolgloser Behandlungsanfragen“. In den meisten Fällen wollen die Krankenkassen 5- 10 (mitunter aber auch mehr) nachgewiesene Versuche einen Therapieplatz zu finden. Dazu finden Sie weitere Kontakte zu Kassentherapeut/innen unter: <https://arztsuche.116117.de/> → Psychotherapeutensuche – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Wenn Sie bei zumeist 10 Kassentherapeut/innen erfolglos um einen Behandlungsplatz gebeten haben, kann die Therapie im Kostenerstattungsverfahren beantragt werden.

Hinweis: Wenn Sie die entsprechenden Therapeut/innen anrufen und auf dem Anrufbeantworter eine Nachricht mit dem Wunsch nach einem Behandlungsplatz hinterlassen und Sie dann nicht innerhalb von 1-2 Werktagen zurückgerufen werden, gilt dies als Absage. Sie müssen also nicht weiter hinterhertelefonieren, wenn Sie den Anruf getätigt haben.

6. Gehen Sie zu Ihrem **Haus-/Kinderarztes**, um den **Konsiliarbericht und die Dringlichkeits- bzw. Notwendigkeitsbescheinigung** einzuholen, ggf. auch Besuch bei einem Kinder- und Jugendpsychiater/einer Kinder- und Jugendpsychiaterin für diese Bescheinigung.

7. Wenn bis hierhin **kein Behandlungsplatz** für Ihr Kind **gefunden**, nehmen Sie bitte **wieder Kontakt zu mir**. Nach gemeinsamer Absprache vereinbaren wir dann einen Termin für ein kurzes Treffen samt aller Unterlagen in der Praxis, um dann gemeinsam den Antrag (zunächst für probatorische Sitzungen, im Verlauf ggf. auch für die Therapie) bei der Krankenkasse zu stellen.

Im Anhang finden Sie Vorlagen analog den Empfehlungen der DPtV und DGVT.

- Erfolgreiche Terminvermittlung der Terminservicestelle
- Protokoll erfolgloser Behandlungsanfragen
- ärztliche Notwendigkeits- und Dringlichkeitsbescheinigung
- Konsiliarbericht

Erfolgreiche Terminvermittlung der Terminservicestelle

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherten-Nr.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht die Terminservicestelle kontaktiert habe, um eine/n niedergelassene/n Therapeuten/Therapeutin für eine Richtlinien-psychotherapie zu finden. Diese konnte in meinem Fall leider keinen Behandlungsplatz vermitteln.

VERMITTLUNGSWUNSCH: Probatorische Sitzungen und Behandlungsplatz bei dringend indizierter ambulanter Psychotherapie (PTV11 mit Dringlichkeitscode)

Dringlichkeitscode: _____

Therapieverfahren: Verhaltenstherapie

1. Angaben zu **erfolglosen Kontaktversuchen** der Terminservicestelle (TSS) der KVSA

Ich habe die TSS der KVSA innerhalb Ihrer Service-Zeit zu folgenden Zeiten nicht erreicht:

	Datum	Uhrzeit	Ggf. Anmerkungen
1. Anruf			
2. Anruf			
3. Anruf			

2. Angaben zu **erfolglosen Vermittlungsversuchen** der Terminservicestelle (TSS) der KVSA

- ☐ die Terminservicestelle kann mir keinen Termin anbieten.
- ☐ die Terminservicestelle kann mir keinen Termin innerhalb von 4 Wochen anbieten.
- ☐ die Terminservicestelle kann mir keinen Termin in erreichbarer Entfernung vermitteln.
- ☐ die Terminservicestelle kann mir nur eine einmalige Sprechstunde vermitteln.
- ☐ bei der Kontaktaufnahme mit der/dem von der Terminservicestelle genannten/m Psychotherapeut/in am _____ stellte sich heraus, dass im Anschluss an die probatorischen Sitzungen zeitnah KEIN Therapieplatz frei ist.

Name der/des Therapeut/in: _____

Adresse der Praxis: _____

Angegebene Wartezeit auf Therapieplatz: _____ Wochen /Monate

o Sonstige Gründe:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Protokoll erfolgloser Behandlungsanfragen

auf der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung

PERSÖNLICHE ANGABEN

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____

[illegible]

Ärztliche Notwendigkeits- bzw. Dringlichkeitsbescheinigung

Name und Anschrift der Krankenkasse

Versichertendaten

Name: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung

Bei dem/der oben genannten Patient/in halte ich es aus fachlicher Sicht für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des Patienten / der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

.....

Ausstellungsdatum Stempel/Unterschrift

Name des Patienten/der Patientin

geb. am

Datum

Konsiliarbericht - Psychotherapie in der Kostenerstattung

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen im Rahmen der sog. **Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V)**

Auf Veranlassung von: _____

*Name Therapeut*in*

Chiffre Patient*in: _____

*Anfangsbuchstabe Geburtsdatum
des Familiennamens*

Aus Datenschutzgründen freibleibend

☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen 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

Aus Datenschutzgründen freibleibend

Konsiliarbericht - Psychotherapie in der Kostenerstattung

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen im Rahmen der sog. **Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V)**

Auf Veranlassung von: _____

*Name Therapeut*in*

Chiffre Patient*in: _____

*Anfangsbuchstabe Geburtsdatum
des Familiennamens*

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: _____

Ausstellungsdatum

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

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes / der Ärztin