

Ablauf Kostenerstattungsverfahrens nach §13 Abs. 3 SGB V

bei gesetzlich versicherten Patienten

Hintergrund des Kostenerstattungsverfahrens ist der Nachweis von **Systemversagen**. Im §13 Abs. 3 SGB V heißt es: „(3) **Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig...**“

Ablauf im Kostenerstattungsverfahren:

Was muss ich erledigen?	Erledigt
<p>1. Anruf od. besser noch E-Mail an die Krankenkasse mit der Bitte um Klärung, welche:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Voraussetzungen für eine Psychotherapie in einer Privatpraxis bestehen (inkl. der Anzahl der zu belegenden Ablehnungen kassenärztlich niedergelassener Psychotherapeuten) b. notwendigen Unterlagen einzureichen sind (Ist ein Antrag für Sprechstunde und Probatorik notwendig? Wann wird ein Gutachterbericht notwendig?) c. Kosten von der Krankenkasse erstattet werden (Abrechnung per GOP oder EBM?, Werden Psychotherapeutische Sprechstunden, Probatoriksitzungen genehmigt?). 	0
<p>2. Besuch einer Psychotherapeutischen Sprechstunde bei einem/r Therapeut/in in einer Praxis mit <u>Kassenzulassung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Termine hierfür können selbstständig vereinbart werden oder über die Terminservicestelle (TSS): 116 117 od. unter https://arztsuche.116117.de/ ➔ Bei Nicht-Erreichbarkeit der TSS oder erfolgloser Terminvermittlung ➔ Dokumentation auf dem Formblatt „Mitteilung zur erfolglosen Terminvermittlung“ im Anhang - PTV-11-Formular mit dem Vermerk, dass <ul style="list-style-type: none"> ○ der/die Psychotherapeut/in <u>keinen Behandlungsplatz</u> anbieten kann ○ (handschriftlich vermerkt), dass eine ambulante Psychotherapie <u>DRINGEND</u> erforderlich ist & eine <u>Akutbehandlung</u> nicht ausreicht ○ <u>Dringlichkeitscode</u> vergeben und ○ Kreuz bei <u>ambulanter Psychotherapie</u> und „zeitnah erforderlich“. ○ Als Richtlinienverfahren sollte <u>Verhaltenstherapie</u> angekreuzt werden. 	0 0 0
<p>3. Eigene Anstrengungen der Therapeut/innen-Suche und Ablehnungen dokumentieren – <u>ab dem Datum auf dem PTV 11</u> beginnt die Suche nach einem Therapieplatz. Rufen Sie kassenärztlich niedergelassene Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (https://arztsuche.116117.de/) an und erfragen Sie die aktuelle Wartezeit auf einen Therapieplatz und dokumentieren Sie dies auf dem Formblatt „Dokumentation erfolgloser Behandlungsanfragen bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen“ im Anhang.</p> <p>In der Regel reicht es 5- 10 Ablehnungen zu dokumentieren.</p> <p><u>Hinweis:</u> Wenn Sie die entsprechenden Therapeut/innen anrufen und eine Nachricht mit dem Wunsch nach einem Behandlungsplatz hinterlassen od. eine E-Mail schreiben und dann nicht innerhalb von 1-2 Werktagen kontaktiert werden, gilt dies als Absage.</p>	0
<p>4. Besuch bei der/dem Haus- oder Kinderarzt/-ärztin um den Konsiliarbericht und die Dringlichkeits- bzw. Notwendigkeitsbescheinigung (siehe Vorlagen im Anhang) einzuholen, ggf. auch Besuch beim ambulanten oder stationären Psychiater für diese Bescheinigung.</p>	0

5. Formloser Antrag des/der PatientIn auf eine Psychotherapie (Verhaltenstherapie).	0
<p>6. Bitte wieder telefonisch oder per E-Mail bei mir melden. Wir vereinbaren dann einen Termin in meiner Praxis, um uns Kennenzulernen, alle Unterlagen zusammenzutragen und einen Antrag auf Probatorik zu stellen.</p> <p>Die Bearbeitungszeit der Krankenkasse beträgt i.d.R. 3 Wochen, sollte ein Gutachten an den MDK weitergeleitet werden müssen auch bis zu 5 Wochen.</p> <p>Bitte beachten Sie, dass eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen nur nach vorheriger Genehmigung der Kasse erfolgt. D.h. Gespräche die vorab stattfinden werden nicht erstattet. Sie können sich aber entscheiden auch schon während des Beantragungsprozesses Therapie als Selbstzahlerleistung in Anspruch zu nehmen. Bitte sprechen Sie mich darauf an.</p>	0

allgemeiner Ablauf Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr:

Psychotherapeutische Sprechstundensitzungen (bis zu 5 Sitzungen)

Probatorische Sitzungen (bis zu 6 Sitzungen) zur/zum Kennenlernen, Anamneseerhebung und Diagnostik.



Beantragung einer Kurzzeittherapie oder einer **Langzeittherapie**. Zumeist ist spätestens hierfür ein Gutachten für den MDK notwendig, sodass die Bearbeitungszeit der Krankenkassen zumeist bis zu 5 Wochen beträgt.



Durchführung der **Kurzzeittherapie** (24+3 50 minütige Behandlungsstunden) oder einer **Langzeittherapie** (60+15 50 minütige Behandlungsstunden).
Weitere Stunden sind durch Verlängerungsanträge bei gegebener Notwendigkeit möglich.

Für Fragen, die auf dem Weg entstehen, wenden Sie sich gern an mich oder ihre zuständige Krankenkasse.

**Mitteilung zur erfolglosen Terminvermittlung der Terminservicestelle
(TSS) für probatorische Sitzungen**

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nr.: _____

TERMINSERVICESTELLE (TSS): KVSA, Bereich Lutherstadt Wittenberg

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

Dringlichkeitscode: _____

Therapieverfahren: Verhaltenstherapie

I. ANGABEN ZU ERFOLGSLOSEN KONTAKTVERSUCHEN

a) ANGABEN ZUM/ZU DEN ANRUFVERSUCHEN

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

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

II. ANGABEN ZU ERFOLGLOSEN VERMITTLUNGSVERSUCHEN der TSS:

die TSS kann mir keinen Termin für probatorische Sitzungen, in dem bei mir laut PTV11 indizierten bzw. meinen Wünschen entsprechenden Verfahren (VT) anbieten.

die TSS kann mir (unabhängig vom Verfahren) keinen Termin für probatorische Sitzungen anbieten.

die TSS kann mir in dem bei mir laut PTV11 indizierten bzw. von mir gewünschten Verfahren (VT) nur einen Termin für probatorische Sitzungen in mehr als 4 Wochen anbieten.

die TSS kann (unabhängig vom Verfahren) nur einen Termin für probatorische Sitzungen in mehr als 4 Wochen anbieten.

bei der Kontaktaufnahme mit der/dem von der TSS 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 nach Probatorik: _____

o die probatorischen Sitzungen bei der/dem von der TSS vermittelten Psychotherapeut/in führten nicht zur Beantragung einer Psychotherapie.

Name des/der Therapeut/in: _____

Adresse der Praxis: _____

Gründe:

ich habe mich nicht gut aufgehoben gefühlt und konnte mir deshalb keine Zusammenarbeit vorstellen

die/der Psychotherapeut/in hat mir abgesagt, ggf. genannte Gründe:

wir beide konnten uns eine Zusammenarbeit nicht vorstellen .

o Sonstige Gründe:

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit und Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie für

Anschrift/Briefkopf Haus-/Kinderarzt/Psychiater/Klinik/Ambulanz

Versichertendaten

Patient/in:, geb.

wohnhaft in:

Krankenkasse: Mitgliedsnummer:

Aktuelle Beschwerden/ Symptome/ Befunde/Untersuchungen:

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Ich weise darauf hin, dass die personenbezogenen Daten vom Kostenträger nach den Bestimmungen des SGB I (§ 35, Abs. 1, Satz 1) als Sozialgeheimnis zu wahren sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des SGB V (§ 284, Abs. 1, Nr. 4) erhoben. Ihre Kenntnis ist für den Kostenträger zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig.

Ort/Datum Stempel/Unterschrift

Konsiliarbericht - Psychotherapie in der Kostenerstattung

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

Name des Patienten/der Patientin

geb. am

Datum

Auf Veranlassung von: _____ N. Höger

*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:

Ausstellungsdatum

Exemplar für die Krankenkasse

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 Jugendlichenpsycho-
therapeut*innen im Rahmen der sog.
Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V)

Auf Veranlassung von: N. Höger M.A.

*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