

Ablauf Kostenerstattungsverfahren

allgemeiner Ablauf Psychotherapie:

Psychotherapeutische Sprechstunde → Probatorik (4 - 6 Sitzungen) → Therapie

Ablauf im Kostenerstattungsverfahren:

1. Besuch einer Psychotherapeutischen Sprechstunde bei eine/r Therapeut/in in einer Praxis mit **Kassenzulassung** (Termin über die **Terminservicestelle (TSS) 116117** oder durch direkte Anrufe und Nachfragen bei Niedergelassenen (Info hierzu unter <https://arztsuche.116117.de/>). Hier bekommen Sie das **PTV-11-Formular** sowie die **Bescheinigung**, dass der **Vertragsbehandler keinen Behandlungsplatz anbieten kann**. Für die Möglichkeit einer Kostenerstattung muss auf dem PTV 11 **handschriftlich vermerkt** werden, dass eine **ambulante Psychotherapie DRINGEND** erforderlich ist und eine Akutbehandlung nicht ausreicht. Weiterhin muss ein **Dringlichkeitscode** vergeben und **angekreuzt** werden: **ambulante Psychotherapie** und „zeitnah erforderlich“. Als Richtlinienverfahren sollte **Verhaltenstherapie** angekreuzt werden.

2. Anruf der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel.: 116 117, online: www.eterminservice.de), um zeitnah **probatorische Sitzungen** bei dringlicher Psychotherapie zu bekommen. Bei dem Gespräch dann den Dringlichkeitscode vom PTV11-Formular angeben. Hier bitte **alle Anruf-Versuche** auf dem Formblatt „Mitteilung zur erfolglosen Terminvermittlung“ **dokumentieren**.

Bei erfolgreicher Vermittlung: Die empfohlenen Kassentherapeuten/innen anrufen und um Probatorik/ Behandlungsplatz bitten. Wenn Sie dann einen Behandlungsplatz bekommen – *herzlichen Glückwunsch*, Sie haben einen Psychotherapieplatz für Ihr Kind gefunden!

Fragen Sie am besten vorab in einem Telefongespräch die/den vermittelte/n Therapeut/in konkret, wann potentiell ein weiterführender Therapieplatz angeboten werden kann. Kann Ihnen der/die vermittelte Therapeut/in jedoch **nur einen Probatorik-Platz, aber keinen anschließenden Behandlungsplatz** anbieten kann, sind Sie wieder der Kostenerstattung näher. **Dokumentieren** Sie dies bitte auf dem Formblatt „Mitteilung zur erfolglosen Terminvermittlung“.

Bei erfolgloser Vermittlung: Wenn Sie keinen Behandlungsplatz bekommen, **dokumentieren** Sie dies auch auf dem Formblatt „Mitteilung zur erfolglosen Terminvermittlung“ (auf der Rückseite bzw S.2).

3. Eigene Anstrengungen zur Therapeut/innen-Suche dokumentieren Sie bitte auf dem Formblatt „Dokumentation erfolgloser Behandlungsanfragen bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen“. Die meisten Krankenkassen wollen insgesamt 10 nachgewiesene Versuche eine/n Therapeut/in zu finden. Dazu finden Sie weitere Kontakte zu Kassentherapeut/innen unter; <https://arztsuche.116117.de/> → Psychotherapeutensuche – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Wenn Sie bei insgesamt 10 Kassentherapeut/innen erfolglos um einen Behandlungsplatz gebeten haben, kann die Therapie im Kostenerstattungsverfahren beantragt werden.

Hinweis: Wenn Sie die entsprechenden Therapeut/innen anrufen, eine Nachricht mit dem Wunsch nach einem Behandlungsplatz hinterlassen und 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.

4. Besuch des Haus- oder 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.

5. Wenn bis hierhin kein Behandlungsplatz gefunden werden konnte, bitte **wieder Kontaktaufnahme zu mir**, um dann nach Absprache mit allen Unterlagen zu einem kurzen Treffen in die Praxis den Antrag bei der Krankenkasse zu stellen.

6. Antragstellung Probatorik (Wartezeit ca. 3-5 Wochen)

7. Durchführung der Probatorik (4 Sitzungen á 50 min, in denen vertiefte Diagnostik stattfindet und Patient/in entscheidet, ob eine weitere Zusammenarbeit gewünscht wird)

8. Antragstellung Therapie (Wartezeit ca. 5 Wochen)

9. Durchführung der Therapie:

- **Kurzzeittherapie:** 24 Sitzungen, i.d.R. einmal wöchentlich 50 min + 6 Elternstunden
- **Langzeittherapie:** 60 Sitzungen, i.d.R. einmal wöchentlich 50 min + ca. 15 Elternstunden
- Weitere Stunden sind durch Verlängerungsanträge bei gegebener Notwendigkeit möglich.

**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:

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

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

o wir beide konnten uns eine Zusammenarbeit nicht vorstellen .

o Sonstige Gründe:

Ort, Datum

Unterschrift

