

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 ein Therapieplatz zu bekommen, sind folgende drei Schritte notwendig:

1. Rufen Sie die 116 117 (Telefonhotline KV-Berlin) an und vereinbaren Sie eine Psychotherapeutische Sprechstunde bei einem Kassenärztlichen TherapeutInnen, um das PTV-11 Formular zu erhalten.
2. Erstellen Sie eine Liste von 6 bis 10 TherapeutInnen mit Kassensitz ohne freie Therapieplätze. Die Vorlage dafür können Sie hier entnehmen. Auf unserer „Über uns“ Seite finden Sie eine Anleitung, um an die Rufnummern von Kassenärztlichen TherapeutInnen in Ihrer Nähe zu kommen.
3. Konsiliarbericht und Ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung für eine ambulante Psychotherapie. Diese notwendigen Dokumente bekommen Sie bei Ihrem Psychiater oder Hausarzt, wobei wir ersteres empfehlen. Wir legen Ihnen hier eine Vorlage bei.



Psychologische Praxis mit interkulturellem Schwerpunkt
Chausseestraße 51
10115 Berlin

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 unserer Praxis wahrnehmen. Wir müssen im Vorgang prüfen, ob es somatische Gründe für die psychischen Beschwerden geben könnte, würden wir Sie bitten den Konsiliarbericht auszufüllen. Aktuelle Medikation, Laborwerte und frühere Diagnosen sind für uns von Interesse.

Bei Rückfragen erreichen Sie unsere leitende Psychotherapeutin Frau Sema Tobin-West unter der Mobilrufnummer: 0151 66 77 88 09 und der E-Mail tobinwest@ikpd.de.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Psychologische Praxis mit interkulturellem Schwerpunkt

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

Auf Veranlassung von:
Psychologische Praxis mit
Interkulturelle Schwerpunkt
 Chausseestraße 51, 10115 Berlin

Arztnummer																			
Betriebsstättennummer																			

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

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF.NR.
 Muster 22a/E (10.2014)

Ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Name der/des Patientin/en

Geburtsdatum:

Diagnose (ICD-10):

Bei der/dem oben genannten Patienten/in 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 mit interkulturellem Schwerpunkt.

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)

Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung

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.				

Name: _____

Datum, Unterschrift: _____



**Antrag auf Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung
gem. § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V**

Ich beantrage Kostenerstattung für eine psychotherapeutische Behandlung durch

Frau Dipl.-Psych. Sema Tobin-West

(Approbierte Psychologische Psychotherapeutin in Verhaltenstherapie, mit
Arztregistereintrag)

Anschrift: Chausseestrasse 51, 10115 Berlin
Telefon: 0151 66 77 88 09

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung bzw. Konsiliarbericht ist:

- beigefügt
 liegt Ihnen bereits vor
 geht Ihnen in Kürze ein

Name, Vorname des Patienten:

Versicherten-Nr.:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Vom Psychotherapeuten auszufüllen:

Verdachts-Diagnose (ICD-10):

Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen:

Verhaltenstherapie

als Einzelbehandlung als Gruppenbehandlung

Anzahl der geplanten Behandlungseinheiten: 5 probatorische Sitzungen

Honorar je Behandlungseinheit: analog EBM 2020

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Psychotherapeuten



Schweigepflichtsentbindung

Ich (Name, Vorname, Anschrift):

entbinde hiermit:

Frau Dipl. Psych. Sema Tobin-West, Chausseestr. 51; 10115 Berlin
Tel.: 0151 66 77 88 09

von der Schweigepflicht gegenüber meiner Krankenkasse:

Name der Krankenkasse:

Versichertennummer:

Ggf. ergänzen:

Frau Dipl. Psych. Sema Tobin-West ist berechtigt, meine Behandlungsunterlagen ebenfalls an:

weiterzuleiten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten

.....
ggf. Unterschriften des/der
gesetzlichen Vertreter