

DAS KOSTENERSTATTUNGSVERFAHREN

Ihre Krankenkasse muss Ihnen bei Bedarf einen Therapieplatz zur Verfügung stellen. Anderenfalls muss sie die Behandlung in einer Privatpraxis finanzieren (§ 13 Absatz 3 SGB V).

Diese Anleitung soll Ihnen helfen, Schritt für Schritt ihr Recht durchzusetzen. Falls Sie einzelne Schritte bereits gemacht haben, müssen Sie diese natürlich nicht wiederholen. Wenn Sie Unterstützung brauchen, melden Sie sich gerne.

Mit freundlichen Grüßen
Jakob Volhard

Eine Kostenerstattung wird folgendermaßen beantragt:

1. Die Krankenkasse in die Pflicht nehmen:

- a) Rufen Sie ihre Krankenkasse an und sagen Sie ihr, dass Sie trotz intensiver Bemühung keinen Therapieplatz finden. Erwähnen Sie auch, falls Sie wegen Ihres Leidens in einer Klinik waren. Bitten Sie darum, dass sie Ihnen innerhalb der nächsten 2 Wochen einen Therapieplatz vermittelt.

2. Informationen von der Krankenkasse einholen: Im gleichen Telefonat können sie fragen, welche Vorgaben für das Kostenerstattungsverfahren gelten, da es kein standardisiertes Vorgehen gibt. Dokumentieren Sie die Antworten und den Namen der Mitarbeiter*in. Fragen Sie insbesondere...

- a) wie viele Absagen (siehe Punkte 5) benötigt werden.
- b) ... ob sie das Formular PTV-11 (siehe Punkt 3) auch benötigen, wenn Sie in einer Klinik waren oder einer fachärztliche Dringlichkeitsbescheinigung (siehe Punkt 4) haben.

3. Formular PTV-11: Dieses Formular bestätigt, dass Sie Behandlungsbedarf haben.

- a) Rufen Sie die **Termin-Servicestelle** (Tel: 116 117), oder direkt die 0711 7875-39 66 (Patiententelefon **medcall**, Mo-Do 8-14h, Fr 8-12h) und bitten Sie um die Vermittlung einer Psychotherapie. Vermutlich wird Ihnen eine Therapeut*in für eine **Sprechstunde** vermittelt.
- b) Nehmen Sie diese wahr und bitten um das **Formular PTV-11** unter Beachtung der Ausfüllhinweise PTV-11 Seite 4.

4. Optional: Besorgen Sie eine **fachärztliche Dringlichkeitsbescheinigung** (siehe Vorlage Seite 5): Das geht bei Ihrer Hausärzt*in, besser aber bei einem Psychiater, Neurologen, Facharzt für Psychosomatik/Psychotherapie.

5. Protokoll der vergeblichen Suche anfertigen: Versuchen Sie bei mehreren Psychotherapeut*innen mit Kassenzulassung einen Therapieplatz zu bekommen. Hier finden Sie entsprechende Therapeut*innen: <https://www.arztsuche-bw.de/>. Sie können auch Ihre vergangenen Versuche aufschreiben. Protokollieren Sie die Absagen (siehe Vorlage Seite 6). Es gilt auch als erfolgloser Versuch, wenn Sie keine Antwort erhalten!

- 6. Antrag auf Kostenerstattung stellen:** Stellen Sie den eigentlichen Antrag (siehe Vorlage Seite 7). Legen Sie folgende Dokumente bei:
- a) Protokoll der vergeblichen Suche
 - b) Kopien von PTV-11 und/oder fachärztliche Dringlichkeitsbescheinigung
- 7. Widerspruch:** Wird der Antrag auf Kostenübernahme von der Krankenkasse abgelehnt, können (und sollten) Sie Widerspruch einlegen (siehe Vorlage Seite 9). Dafür ist es wichtig zu wissen, wie die Ablehnung begründet wurde. Kontaktieren Sie mich in diesem Fall noch-mal.

Hinweise:

- Der Antrag auf Kostenerstattung muss immer vor Beginn der Psychotherapie und von Ihnen selbst gestellt werden. Der zukünftige behandelnde Psychotherapeut*in kann das Antragsverfahren unterstützend begleiten.¹
- Wenn gewünscht, kann die Behandlung begonnen werden, bevor die Kostenübernahme genehmigt ist. In der Regel müssen die Kosten dafür aber von Ihnen selbst getragen werden.
- Reagiert die Krankenkasse nicht innerhalb von 3 Wochen (5 Wochen, wenn ein Gutachterverfahren eingeleitet wurde), gilt der Antrag als vorläufig genehmigt (§ 13 Absatz 3a SGB V).
- Nützliche Hinweise finden Sie auch unter
 - <https://kassenwatch.de/hinweise-fuer-patientinnen>
 - <https://www.therapie.de/psyche/info/fragen/wichtigste-fragen/psychotherapie-kostenerstattung/>
 - https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Broschuere/DPtV-Faltblatt_Kosten.pdf

Persönliche Checkliste

(diese Liste nicht an Krankenkasse senden):

Folgende Dokumente müssen an die Krankenkasse geschickt werden:

- ☐ **Antrag auf Kostenerstattung für eine ambulante Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V seitens des Versicherten (siehe Vorlage).**
- ☐ **Protokoll Ihrer vergeblichen Suche nach einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung:** (siehe Vorlage).
 - Dabei gilt die Wartezeit bis zum möglichen Behandlungsbeginn, nicht bis zum Erstgespräch).
- ☐ **Nachweis über den Besuch der Therapeutischen Sprechstunde (Formular „PTV 11“).**
 - Bitte achten Sie unbedingt auf die korrekte Ausfüllweise des PTV-11-Formulars (Ausfüllanleitung und PTV-11-Muster im Anhang)! Die dort beschriebene, korrekte Ausfüllweise des PTV 11 bestimmt maßgeblich die Erfolgswahrscheinlichkeit der Bewilligung des Kostenerstattungsantrags.

Optional:

- ☐ **Fachärztliche Dringlichkeitsbescheinigung** zur Aufnahme einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie.

Ausfüllhinweise PTV-11 (Punkt 3)

Bitten Sie die Therapeut*in, auf folgende Punkte zu achten oder geben Sie ihm/ihr diese Liste.

- Diagnosen:
 - Bitte mindestens eine **gesicherte** Diagnose (Kennzeichnung „G“ hinter dem ICD-10-Schlüssel, z.B. „F33.1 G“) vermerken lassen. Nicht nur Verdachtsdiagnosen („V“).
- Empfehlung zum weiteren Vorgehen:
 - KEIN X bei „ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung“
 - KEIN X bei „stationäre Behandlung“
 - X bei „ambulante Psychotherapie“
 - X bei „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“
 - X bei „die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden“
 - X bei „zeitnah erforderlich“
- Nähere Angaben zu den Empfehlungen:
 - bitte handschriftlich vermerken lassen, dass eine ambulante „Richtlinien-Psychotherapie“ mit dem Schwerpunkt „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ „in höherer Frequenz“ dringend erforderlich“ ist und aufgrund der momentan „akuten Symptombelastung“ eine „längere Wartezeit nicht zuzumuten“ ist.
- Achten Sie auch darauf, dass ein **Vermittlungscod**e angegeben ist.

Die so beschriebene, korrekte Ausfüllweise des PTV 11 **bestimmt maßgeblich die Erfolgswahrscheinlichkeit** der Bewilligung des Kostenerstattungsantrags.

Fachärztliche Dringlichkeitsbescheinigung (Punkt 4)

zur Einleitung einer außervertraglichen Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren

Auf Veranlassung von:

Praxis für Psychotherapie
Jakob Volhard, M.Sc. Psych.
Psychologische Psychotherapeut (TP)
Bertoldstr. 7, 79098 Freiburg
LANR: 2523737, Tel.: 0178 3478299

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Aktuelle Symptomatik:

Medikation:

Diagnosen:

Einschätzung der Dringlichkeit und Behandlungsnotwendigkeit:

Aus meiner fachlichen Sicht halte ich bei dem/r oben genannten Patienten/in die Durchführung einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie für dringend notwendig, um einem Fortschreiten der Symptomatik und damit einer weiteren gesundheitlichen Gefährdung entgegenwirken und kostenintensivere Behandlungsmaßnahmen abwenden zu können. Ausschließlich temporär stabilisierende Maßnahmen (Sprechstunden, probatorische Sitzungen oder Akutbehandlung) sind für die Schwere der Symptomatik nicht ausreichend. Ich empfehle einen sofortigen ambulanten Therapiebeginn mit regelmäßiger Behandlungsfrequenz.

Eine psychiatrische Mitbehandlung ist ☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich

Ort, Ausstellungsdatum

Praxisstempel, Unterschrift

Liste vergeblicher Therapieplatzanfragen (Punkt 5)

Hiermit bestätige ich, dass mir weder in der psychotherapeutischen Sprechstunde noch durch die Terminservicestelle der KVN ein Therapieplatz vermittelt werden konnte, und mir auch keine zumutbare Wartezeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie in Aussicht gestellt wurde.

	Psychotherapeut*in	Telefonnummer / Email	Datum Kon- taktaufnahme	Wartezeit / Reaktion
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

- ☐ Ich habe an einer psychotherapeutischen Sprechstunde teilgenommen, die mir von der Terminservicestelle der KVN vermittelt wurde. Dennoch konnte mir kein zeitnaher Beginn der Therapie zugesichert werden. Dem Antrag liegt eine Kopie des PTV11-Formulars mit der Indikation für eine ambulante Psychotherapie bei.
- ☐ Ich habe über die Terminservicestelle 116117 keinen Sprechstundentermin erhalten.
Anruf Datum und Uhrzeit: _____
Name Mitarbeiter*in der Terminservicestelle _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Vorlage zum Antrag auf Kostenerstattung (Punkt 6)

Name Versicherte*r
Adresse
Versichertennummer

Name Krankenkasse
Adresse

Antrag auf außervertragliche ambulante Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V (Kostenerstattung)

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund einer psychischen Erkrankung (Diagnosen **XX** (ICD-10)) mit hohem persönlichem Leidensdruck benötige ich dringend psychotherapeutische Behandlung. Trotz intensiver Bemühungen ist es mir nicht gelungen, einen Therapieplatz bei einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung zu erhalten. Stets wurde ich auf geschlossene Wartelisten oder unzumutbare Wartezeiten hingewiesen.

Am **XX.XX.XXXX** habe ich die vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie notwendige Therapeutische Sprechstunde durchgeführt und dort die Indikation für eine dringend notwendige ambulante tiefenpsychologisch fundierte psychotherapeutische Behandlung erhalten. Leider konnte mir seitens der Praxis kein Behandlungsangebot gemacht werden. Meine vergeblichen Versuche, einen passenden Therapeuten zu finden, habe ich mit beiliegender Liste dokumentiert. **[Falls zutreffend: Ebenfalls habe ich eine im Anhang befindliche fachärztliche Dringlichkeitseinschätzung für meinen Fall eingeholt.]**

[Sie können zusätzlich schauen, welche der folgenden Punkte für Sie zutreffend ist. Ggf. erhöht das Ihre Chancen, aber sie sind auch ohne dieser Punkte rechtlich auf der sicheren Seite. Natürlich können Sie auch weitere Punkte ergänzen:

Durch meine Erkrankung ist meine Arbeitsfähigkeit akut gefährdet.

*Durch meine Erkrankung bin bereits [wiederholt] für insgesamt **XX** Tage/Wochen/Monate arbeitsunfähig gewesen. Auch jetzt ist meine Arbeitsfähigkeit akut gefährdet.*

*Durch meine Erkrankung bin ich seit dem **XX.XX.XXXX** arbeitsunfähig, ohne Aussicht darauf, dass ich ohne entsprechende Behandlung in absehbarer Zeit wieder arbeiten kann.*

Wegen meiner Erkrankung bin ich bereits in stationärer Behandlung gewesen. Dort wurde mir dringen eine ambulante Psychotherapie geraten, um eine erneute stationäre Behandlung zu verhindern.

*Meine Versuche meinen Zustand durch [Medikation mit **YYYY** seit **XX.XX.XXXX** ; regelmäßigem Sport seit **XX.XX.XXXX** ; Teilnahme an Selbsthilfegruppen seit **XX.XX.XXXX** ; Inanspruchnahme von der Beratungsstelle **YYYY** am **XX.XX.XXXX**] zu verbessern haben leider nicht zu einer substantiellen Verbesserung geführt.*

Durch meine Erkrankung fällt mir die grundlegende Selbstfürsorge schwer, so dass es mir nicht möglich, mir durch Sport oder Teilnahme an Selbsthilfegruppen selbst zu helfen. Auch die Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und sozialer Kontakte schaffe ich nicht. Dies führt zu einer Abwärts-spirale, die ich ohne Unterstützung nicht durchbrechen kann.

]

Bitte teilen Sie mir innerhalb einer Woche (bis zum 08.07.26) eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten in Wohnortsnähe mit, bei dem ich in den nächsten 3 Monaten mit einer Therapie starten kann.

Falls Ihnen das nicht möglich ist, beantrage ich hiermit die Kostenübernahme für eine außervertragliche Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V. Diese möchte ich in der Praxis für Psychotherapie in Freiburg bei Herrn M.Sc. Psych. Jakob Volhard beginnen. Herr Volhard ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut für tiefenpsychologisch fundierte Therapie, verfügt jedoch über keine Kassenzulassung. Herr Volhard kann mir mit sofortiger Wirkung einen Behandlungsplatz anbieten. Die entsprechenden Antragsunterlagen des Therapeuten (Kostenvoranschlag und Fachkundenachweise) schickt er Ihnen gesondert zu.

Mit freundlichen Grüßen

Name und Unterschrift

Vorlage für Widerspruch (Punkt 7)

Name Versicherte*r
Adresse
Versichertennummer

Name Krankenkasse
Adresse

Widerspruch - Ihr Schreiben vom [Datum einfügen]

Ort, Datum

Anschrift des Versicherten und Versichertennummer

hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihr Schreiben vom **[Datum einfügen]** ein, mit dem Sie es ablehnen, die Kosten, die mir durch die ambulante Psychotherapie bei Herrn Volhard entstehen, zu übernehmen. Meinem Antrag lagen die erforderlichen Unterlagen bei, aus denen hervorgeht, dass die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Ich bitte Sie deshalb erneut, meinen Antrag zu genehmigen. Sollten Sie dem Antrag nicht stattgeben, werde ich meinen Anspruch gerichtlich durchsetzen und die Aufsichtsbehörde sowie den Patientenbeauftragten der Bundesregierung informieren. Die dabei entstehenden Kosten werde ich Ihnen in Rechnung stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Name und Unterschrift