

Anschrift der Krankenkasse

Datum

Antrag auf ambulante Psychotherapie und Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V

Versicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für probatorische Sitzungen sowie eine anschließende Psychotherapie bei Frau Dipl. Psych. Alice E. Buxton, Danziger Straße 35, 20099 Hamburg, Website: www.fachpraxis-stressmedizin.de. Frau Buxton ist eine approbierte Psychotherapeutin im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie und ist im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingetragen (ENR 72038), verfügt aber nicht über eine Zulassung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Anlage finden Sie einen Sprechstundennachweis bzw. PTV11-Formular, welches mir die Notwendigkeit einer Psychotherapie bescheinigt (Anlage 1). Ebenso finden Sie einen Konsiliarbericht (Anlage 2) sowie eine Dringlichkeitsbescheinigung **meines Hausarztes/meiner Hausärztin** (Anlage 3), welche ebenfalls die Notwendigkeit einer Psychotherapie bestätigen.

Wie Sie meinem beigelegten Protokoll (Anlage 4) entnehmen können, habe ich mich mehrfach vergeblich bemüht, eine:n Psychotherapeut:in mit Kassenzulassung zu finden, der/die mich rechtzeitig behandeln kann. Meine Psychotherapeut:innen-Suche ergab, dass die Psychotherapeut:innen entweder keine Patient:innen mehr auf die Warteliste aufnehmen, da sie bereits vollkommen ausgelastet sind oder die Wartezeiten für ein Erstgespräch bereits zwischen 3 Monaten bis 1 Jahr beträgt, so dass ein endgültiger Start einer Psychotherapie realistisch frühestens erst ab 6 Monaten bis 12 Monaten erfolgen könnte.

Dagegen besteht die Möglichkeit bei Frau Buxton direkt mit einer ambulanten Psychotherapie beginnen zu können. Der Vorteil ist auch, dass Frau Buxton auf Stressmedizin und Behandlung von Burnout spezialisiert ist und ich von einer erfolgreichen Behandlung überzeugt bin. Eine entsprechende Therapieplatz-Bescheinigung lege ich bei (Anlage 5).

Hiermit beantrage ich vorab die Kostenübernahme (gemäß beigefügtem Kostenvoranschlag/ Honorarvereinbarung siehe Anlage 7) für 5 probatorische Sitzungen (à mind. 50 Min.). Des Weiteren beantrage ich die Kostenübernahme für die antragsbegleitenden Leistungen (Erhebung des psychopathologischen Befundes, biografische Anamnese, orientierende Testverfahren und Bericht an den Gutachter).

Anmerkung: Die probatorischen Stunden sowie die o.g. antragsbegleitenden Leistungen sind notwendig, um die psychotherapeutische Indikation überprüfen sowie eine entsprechende Diagnostik vornehmen zu können. Dies sind notwendigen Voraussetzungen, damit die Psychotherapeutin im Anschluss den ausführlichen gutachterlichen Antrag (inkl. lebensgeschichtlichen Hintergründen, Makro- und Mikroanalyse, Therapiezielen und Behandlungsplanung) stellen kann.

Ich bitte Sie um Bewilligung meines Antrages und schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme. Falls Sie meinem Antrag nicht zustimmen, nennen Sie mir bitte – so schnell wie möglich – einen zugelassenen Psychotherapeuten bzw. eine zugelassene Psychotherapeutin in der Nähe meines Wohnortes, bei dem ich kurzfristig einen Therapieplatz erhalte.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum, Unterschrift

Anlagen:

- Sprechstunden-/ Erstgesprächsnachweis bzw. PTV 11 (Anlage 1)
- Bescheinigung **meines Hausarztes/ meiner Hausärztin** bei, die mir dringend eine ambulante Psychotherapie empfiehlt (Anlage 2)
- Konsiliarbericht **meines Hausarztes/ meiner Hausärztin** (Anlage 3)

- Dokumentation zur nicht erfolgreichen Suche eines Therapieplatzes (Anlage 4)
- Bescheinigung und Antrag von Frau Dipl.-Psych. Alice E. Buxton (Anlage 5)
- Approbationsurkunde und Auszug der Eintragung im Arztregister (Anlage 6)
- Kostenvoranschlag von Frau Dipl.-Psych. Alice E. Buxton (Anlage 7)

Praxisstempel

**Ärztliche Bescheinigung
über die Dringlichkeit einer
psychotherapeutischen Behandlung**

Anschrift Krankenkasse

Hamburg, den

Patient / Patientin

Name: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Versicherten-Nr.: _____

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

Ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung: Wichtige Hinweise für Patient*innen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben lange nach einem Therapieplatz bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen gesucht und keinen gefunden. Deshalb haben Sie sich nun entschieden, einen Antrag auf Kostenerstattung zu stellen. Hierzu müssen Sie jetzt einige Unterlagen an Ihre Krankenkasse schicken. Ein Teil davon ist die sogenannte „**ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung**“.

Warum ist eine ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung einzureichen?

Versicherte haben einen Anspruch auf Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V), wenn die Krankenkasse eine **unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig** erbringen konnte. Das bedeutet: Der/die Patient*in konnte trotz dringendem Bedarf durch eine/n Psychotherapeuten/in mit einer Kassenzulassung nicht zeitnah versorgt werden („**Systemversagen**“). Sie müssen also einerseits nachweisen, dass Sie keinen Psychotherapieplatz gefunden haben, und andererseits, dass dieser dringend notwendig wäre. Dies geschieht über eine Bescheinigung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin, die belegt, dass die Leistung **notwendig** und **unaufschiebbar** ist.

Wer kann eine ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung ausstellen?

Die ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung kann von folgenden Ärzt*innen ausgestellt werden:

- **Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie**
- **Hausarzt/Hausärztin**
- **Kinderarzt/Kinderärztin** (bei einer Psychotherapie für Kinder und Jugendliche)
- **Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie**

Am besten ist es, wenn Sie sich an Ihre/n **Arzt/Ärztin des Vertrauens** wenden, also an jemanden, der Sie schon etwas kennt und Sie in Ihrem Anliegen, eine Psychotherapie zu beginnen, unterstützen kann. Wenn Sie keine/n Arzt/Ärztin haben, der/die Sie schon länger kennt, können Sie selbstverständlich auch als Neupatient*in zu einer Praxis gehen.

Wie genau gehen Sie nun vor?

Sie vereinbaren einen **Termin bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin**. Dorthin nehmen Sie das beiliegende Formular „ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung“ mit. Vorab können Sie bereits Ihre Versichertendaten eintragen. Falls Ihr Arzt/Ihre Ärztin noch nicht Bescheid weiß,

erklären Sie kurz, dass Sie a) eine Psychotherapie beginnen möchten (aufgrund von dringenden Symptomen), dass Sie b) trotz langer Suche keinen Therapieplatz bei einer Vertragspsychotherapeutin/einem Vertragspsychotherapeuten finden konnten und c) nun eine Psychotherapie im **Kostenerstattungsverfahren** beginnen möchten. Sie bitten Ihre/n Arzt/Ärztin, Ihnen zu bescheinigen, dass die Psychotherapie dringend und notwendig ist. Der Arzt/die Ärztin muss dafür nur das Formular mit dem **Arztstempel** abstempeln und **unterschreiben**.

Und zuletzt: Konsiliarbericht nicht vergessen

Nehmen Sie bitte zum Arzttermin zusätzlich zur ärztlichen Dringlichkeitsbescheinigung auch noch das Formular **Konsiliarbericht** mit und lassen dieses ebenfalls ausfüllen. Solch ein Konsiliarbericht muss im Übrigen bei jeder Psychotherapie eingereicht werden, unabhängig davon, ob im Kostenerstattungsverfahren oder nicht. Manche Krankenkassen fordern den Konsiliarbericht schon für die Beantragung der ersten Termine („Probatorik“) bei einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten.

**Exemplar für den Gutachter /
die Gutachterin**

Aus Datenschutzgründen freibleibend

**Konsiliarbericht – Psychotherapie in der Kosten-
erstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V)**

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische
Psychotherapeuten im Rahmen der sog. Kostenerstattung
(§ 13 Abs. 3 SGB V)

Auf Veranlassung von:

Dipl.-Psych. Alice E. Buxton, Danziger Str. 35, 20099 Hamburg

Chiffre _____ des Patienten / der Patientin
Anfangsbuchstabe _____ Geburtsdatum _____
Familiennamenname _____

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 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

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

An
Krankenkasse XXX

Ort, Datum

Protokoll Therapieplatz-Suche

Anlage zum Antrag auf Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung

Name: XXXXXXXXXX; Versichertennummer: XXXXXXXX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich bei mehreren niedergelassenen Psychotherapeut:innen erfolglos versucht habe, einen Therapieplatz zu erhalten. Die von mir angefragten Therapeut:innen konnten mir entweder gar keinen Therapieplatz anbieten oder haben eine Wartezeit von mindestens 3 bis 6 Monaten.

Liste der von mir kontaktierten Psychotherapeut*innen mit Datum und Uhrzeit des Telefonats sowie Ergebnis der Anfrage nach möglichen Therapiebeginn:

	Datum & Uhrzeit	Name Vertragstherapeut*in	Therapiebeginn / Wartezeit (in Wo)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Mit freundlichen Grüßen

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Ort, Datum: _____

Individueller Nachweis des Systemversagens: Telefonprotokoll Terminservicestelle

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 Richtlinienpsychotherapie zu finden. Diese konnte in meinem Fall leider keinen Behandlungsplatz vermitteln.

Begründung:

Die Termin-Service-Stelle konnte mir keinen Termin innerhalb von vier Wochen vermitteln.

Vorgeschlagener Termin am _____ bei _____

Telefonat vom _____

Die Termin-Service-Stelle konnte mir keinen Termin in erreichbarer Entfernung vermitteln.

Vorgeschlagener Termin am _____ bei _____

Telefonat vom _____

Die Termin-Service-Stelle konnte mir nur eine einmalige Sprechstunde vermitteln.

Vorgeschlagener Termin am _____ bei _____

Telefonat vom _____

Anderer Grund, und zwar: _____

Mit freundlichen Grüßen