

• Tel.: 0171 3510571 • Mail: info@fokus-psychotherapie.de • www.fokus-psychotherapie.de •

Zusammenfassung vom Kostenerstattungsverfahren (KEV)

Gesetzliche Krankenkassen müssen grundsätzlich sicherstellen, dass ihre Versicherten eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung erhalten. Sie sind außerdem verpflichtet, rechtzeitig für die notwendige Behandlung ihrer Versicherten zu sorgen. Wenn Sie trotz eigener Bemühungen keinen zeitnahen Therapieplatz bei einer kassenzugelassenen psychotherapeutischen Praxis erhalten, haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, selbst eine Privatpraxis zu wählen und die Kosten über das Kostenerstattungsverfahren durch Ihre gesetzliche Krankenkasse erstatten zu lassen. Gesetzliche Krankenkassen sind zur Kostenübernahme verpflichtet, wenn ein sogenanntes „Systemversagen“ vorliegt. Dieser Anspruch ist gesetzlich in § 13 Absatz 3 SGB V festgelegt und gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen. Durch das Kostenerstattungsverfahren gelangen Sie zu einem schnelleren Therapiebeginn, Sie haben die freie Wahl der Therapeutin oder des Therapeuten und die Behandlungsqualität bleibt gesichert.

1. Krankenkasse kontaktieren

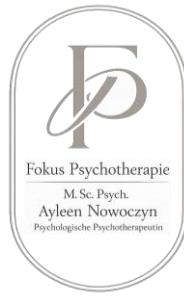
Informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen und welche Nachweise (Anzahl und Form) erforderlich sind, um einen Antrag auf Kostenerstattung für eine psychotherapeutische Behandlung stellen zu können. Erfragen Sie zudem, welche Unterlagen zusammen mit dem Antrag auf Kostenerstattung einzureichen sind. Die Anzahl der erforderlichen Absagen sowie die individuellen Anforderungen können je nach gesetzlicher Krankenkasse variieren.

2. Psychotherapeutische Sprechstunde wahrnehmen

Suchen Sie eine*n Psychotherapeut*in mit Kassensitz auf, der oder die Ihnen im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde das Formular PTV 11 (inklusive Vermittlungscode) ausstellt. Auf diesem sind das Ergebnis der Sprechstunde sowie eine konkrete Behandlungsempfehlung und der Vermittlungscode vermerkt. Bei der Terminvereinbarung unterstützt Sie die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (TSS).

3. Terminservicestelle kontaktieren

Wenden Sie sich anschließend an die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, um über diese einen Termin bei einem/r kassenzugelassenen Psychotherapeut*in zu erhalten. Zunehmend knüpfen gesetzliche Krankenkassen die Genehmigung eines Antrags auf Kostenerstattung daran, dass die Terminservicestelle nicht in der Lage war, innerhalb eines zumutbaren Zeitraums einen geeigneten Therapieplatz zu vermitteln. Daher verlangen viele Krankenkassen entsprechende Nachweise darüber, dass mehrfach vergeblich versucht wurde, über die Terminservicestelle einen Termin zu erhalten. Die Terminservicestelle der KV hat bis zu vier Wochen Zeit, Ihnen einen passenden Termin zu vermitteln. Bitte dokumentieren Sie alle Rückmeldungen der Terminservicestelle sorgfältig und schriftlich, um diese Ihrer Krankenkasse nachzuweisen. Gerne können Sie die von mir zur Verfügung gestellte Vorlage „*Dokumentation zur erfolglosen Terminvermittlung*“ auf meiner Website dafür nutzen.



• Tel.: 0171 3510571 • Mail: info@fokus-psychotherapie.de • www.fokus-psychotherapie.de •

Kontakt Terminservicestelle KV Berlin:

Telefonnummer: 030 / 31 003 999 oder 116117

E-Mail: tss@kvberlin.de

Internet: <https://www.116117-termine.de/><https://www.terminservice.de/terminservice>

4. Absagen dokumentieren

Kontaktieren Sie mehrere kassenzugelassene Psychotherapeut*innen und halten Sie schriftlich fest, wenn Ihnen kein Therapieplatz angeboten werden kann oder die Wartezeit zu lang ist. (Wie viele Nachweise erforderlich sind, hängt von Ihrer Krankenkasse und Ihrem Wohnort ab. Dies erfahren Sie bereits im 1. Schritt bei Ihrer Krankenkasse.) Gerne können Sie die von mir zur Verfügung gestellte Vorlage „*Protokoll für Absagen*“ auf meiner Website dafür nutzen.

Teilen Sie anschließend Ihrer gesetzlichen Krankenkasse mit, dass Sie keinen freien Therapieplatz bei einem/r kassenzugelassenen Psychotherapeut*in gefunden haben. Fragen Sie gerne als letzte Möglichkeit an, ob eine Vermittlung durch die Krankenkasse an einen freien Therapieplatz erfolgen kann (i. d. R. ist dies nicht möglich, da die Krankenkasse dem Neutralitätsgebot unterliegt). Sie zeigen dadurch, dass Sie alle Möglichkeiten ausgeschöpft haben. Notieren Sie sich auch hierzu alle Informationen genau, die Ihnen von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse mitgeteilt werden.

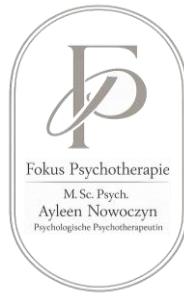
5. Ärztliche Bescheinigung einholen

Vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrer haus- oder fachärztlichen Praxis, um sich eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und einen Konsiliarbericht ausstellen zu lassen. Gerne können Sie die von mir zur Verfügung gestellten Vorlagen „*ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung*“ und „*Konsiliarbericht*“ auf meiner Website dafür nutzen.

6. Antrag bei der Krankenkasse stellen

Wenn Sie diese Schritte unternommen haben und Ihre Krankenkasse Ihnen weiterhin keinen Platz bei einem/r Psychotherapeut*in mit Kassensitz zur Verfügung stellen kann, unterstütze ich Sie gerne bei der Antragstellung auf Psychotherapie im sogenannten Kostenerstattungsverfahren.

Für den Antrag auf Kostenerstattung müssen Sie folgende Dokumente in einem Umschlag an die Krankenkasse senden (am besten per Einschreiben mit Rückschein oder persönlich in einer Geschäftsstelle abgeben und sich die Abgabe mit Datum quittieren lassen). Ich empfehle Ihnen zudem von allen Dokumenten Kopien für Ihre Unterlagen zu erstellen:



• Tel.: 0171 3510571 • Mail: info@fokus-psychotherapie.de • www.fokus-psychotherapie.de •

- Ein formloser Antrag von Ihnen
- Dokumentation zur erfolglosen Terminvermittlung durch die TSS (Vorlage vorhanden)
- eine Liste mit Absagen der niedergelassenen Psychotherapeut*innen (Vorlage vorhanden)
- PTV11 Formular nach einer wahrgenommenen Sprechstunde erhalten Sie von der psychologischen Psychotherapeut*in mit Kassensitz
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Vorlage vorhanden)
- Konsiliarbericht erhalten Sie von der Arztpraxis oder bei mir
- Antrag von mir als Therapeutin, sowie meine Approbationsurkunde und Fachkundenachweis

7. Rückmeldung abwarten

In der Regel erhalten Sie innerhalb von ca. drei Wochen eine Rückmeldung Ihrer Krankenkasse. Wenn sich die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags nicht meldet, gilt die Therapie als bewilligt ("Genehmigungsfiktion").

Bei Zustimmung der Krankenkasse werden in der Regel zunächst vier probatorische Sitzungen bewilligt, gefolgt von weiteren 24 Sitzungen (Kurzzeittherapie) bzw. 60 Sitzungen (Langzeittherapie), je nach Antrag.

Sollte Ihre Krankenkasse den Antrag ablehnen, kann es sich lohnen Widerspruch einzulegen. Hierbei unterstütze ich sie ebenfalls gern.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.