

## Kostenerstattungsverfahren für Psychotherapie (§ 13 Abs. 3 SGB V)

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, eine Psychotherapie in einer Privatpraxis (bei approbierten Therapeutinnen und Therapeuten ohne Kassensitz) in Anspruch zu nehmen. Dies ist dann möglich, wenn bei kassenzugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten kein Therapieplatz in zumutbarer Zeit oder Entfernung verfügbar ist.

Wichtig: Der Antrag auf Kostenerstattung muss **vor Beginn der Therapie** bei der Krankenkasse gestellt werden. Zudem ist eine Dokumentation Ihrer erfolglosen Suche nach einem Therapieplatz erforderlich (in der Regel ca. 10–20 Absagen).

---

### Schritte im Kostenerstattungsverfahren

#### 1. Dokumentation der Suche

Führen Sie ein Protokoll über Ihre Kontaktversuche bei Kassentherapeutinnen und -therapeuten (Datum, Name, Art des Kontakts und Ergebnis).

#### 2. Terminservicestelle kontaktieren

Wenden Sie sich an die Terminservicestelle unter **116 117**, um sich die Dringlichkeit bzw. Wartezeit bestätigen zu lassen.

#### 3. Psychotherapeutische Sprechstunde

Nehmen Sie an einer psychotherapeutischen Sprechstunde teil. Dort wird die Dringlichkeit festgestellt und im sogenannten PTV 11-Formular dokumentiert.

#### 4. Antrag bei der Krankenkasse

Reichen Sie folgende Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse ein:

- formloser Antrag auf Kostenerstattung
  - Protokoll Ihrer Therapiesuche
  - Dringlichkeitsbescheinigung (z. B. PTV 11)
  - Schreiben der ausgewählten Privattherapeutin / des ausgewählten Privattherapeuten
- 

### Fristen

Die Krankenkasse entscheidet in der Regel innerhalb von:

- **3 Wochen** (ohne Gutachterverfahren)
- **5 Wochen** (bei Prüfung durch den Medizinischen Dienst)

Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Rückmeldung, gilt der Antrag in der Regel als genehmigt („Genehmigungsfiktion“).

---

## Hinweise zu unserer Praxis

Uns ist es wichtig, **vor Antragstellung einen ersten Kennenlernermin** zu vereinbaren. Dieser Termin dient dazu, dass Sie und die Therapeutin prüfen können, ob eine Zusammenarbeit passend ist und ob das Behandlungsangebot Ihren Bedürfnissen entspricht.

Bitte beachten Sie:

- Die Kosten für diesen Ersttermin sind **privat zu tragen**.
- Während des Antragsverfahrens kann es zu **Wartezeiten oder Unterbrechungen** kommen. Da diese zeitlich schwer planbar sind, ist es uns wichtig, dass Sie bereit sind, gegebenenfalls auch weitere Termine in dieser Phase **als Selbstzahlerleistung** wahrzunehmen.

## Terminvereinbarung

Wenn Sie einen Termin im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens vereinbaren möchten, kontaktieren Sie uns bitte per E-Mail unter [info@ambulante-psychotherapie-hamburg.de](mailto:info@ambulante-psychotherapie-hamburg.de)

Abbildung 1: Muster PTV11

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b><br/><br/>         Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____<br/><br/>         Kostenfahrgenkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____<br/>         Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____       </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">PTV 11</div> <h2 style="text-align: center; margin: 0;">Ihre individuelle Information<br/>zur Psychotherapeutischen<br/>Sprechstunde</h2> <p style="font-size: 0.8em; margin: 5px 0;">Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.<br/>Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.</p> <p>Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde<br/> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">             TTMMJJJ, TTMMJJJ           </div> </p> |
| <b>Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt<br/>         Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) (im Klartext), weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen<br/> <br/> <br/> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 0.8em;">             ICD-10 - GM endständig    ICD-10 - GM endständig    ICD-10 - GM endständig<br/> <br/> <br/> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Empfehlungen zum weiteren Vorgehen</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig<br/> <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme<br/> <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie<br/> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie<br/> <input type="checkbox"/> Systemische Therapie<br/> <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie         </div> </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung <span style="font-size: 0.8em;">Fachgebiet _____</span><br/> <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____<br/> <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung<br/> <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung<br/> <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung<br/> <input type="checkbox"/> Rehabilitation<br/> <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung         </div> </div> <p>Nähere Angaben zu den Empfehlungen<br/> <br/> <br/> </p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 50%;"> <b>Ihr nächster Termin</b><br/> <input type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann <b>NICHT</b> in dieser Praxis durchgeführt werden         </div> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Datum<br/> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">               TTMMJJJ,              </div> </div> <div>Uhrzeit<br/> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">               :              </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Weitervermittlung           <input checked="" type="checkbox"/> zeitnah erforderlich         </div> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Erklärung Patient*in</b><br/>         Eine Kopie dieser Information darf erhalten:<br/>         Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt _____<br/><br/>         Straße _____<br/><br/>         PLZ _____ Ort _____<br/><br/>         Datum <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">TTMMJJJ</div><br/> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin-top: 5px; text-align: center; font-size: 0.8em;">         Unterschrift Patient*in,<br/>ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen       </div> </div> </div> <div style="width: 50%;"> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 20px; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 10px; right: 10px; font-size: 0.8em;">         Stempel / Unterschrift Therapeut*in       </div> </div> </div> </div>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 40%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold;">Ausfertigung Therapeut*in</div> </div> <div style="width: 40%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Ausstellungsdatum</b><br/> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">               TTMMJJJ             </div> </div> <div style="width: 150px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> </div> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

*Tabelle 1: Protokoll von kontaktierten Psychotherapeut\*innen*

| Nr. | Name Psychotherapeut*in | Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme | Therapieplatz ja/nein | Wartezeit bis zum <u>Beginn</u> der Psychotherapie |
|-----|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------|
| 1   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 2   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 3   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 4   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 5   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 6   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 7   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 8   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 9   |                         |                                       |                       |                                                    |
| 10  |                         |                                       |                       |                                                    |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben in Tabelle 1.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten / der Patientin

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Datum

## Konsiliarbericht – Psychotherapie in der **PKV / Kostenerstattung**

Auf Veranlassung von:

\_\_\_\_\_  
Name Therapeut\*in

Chiffre Patient\*in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anfangsbuchstabe  
des Familiennamens

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### 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 anamnestiche 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exemplar für die Psychotherapeutin

Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel /  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Aus Datenschutzgründen freibleibend

## Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV / Kostenerstattung

Auf Veranlassung von: \_\_\_\_\_  
Name Therapeut\*in

Chiffre Patient\*in: \_\_\_\_\_  
Anfangsbuchstabe des Familiennamens      Geburtsdatum

### 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exemplar für den Gutachter / die Gutachterin  
(in Kopie für Therapeut\*n / Vertragsärzt\*in)

Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel /  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

## Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV / Kostenerstattung

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten / der Patientin

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Datum

Auf Veranlassung von: \_\_\_\_\_  
Name Therapeut\*in

Chiffre Patient\*in: \_\_\_\_\_

Anfangsbuchstabe  
des Familiennamens

Geburtsdatum

Aus Datenschutzgründen freibleibend

☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-  
indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_

Exemplar für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel /  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

**Ärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung für einen Antrag auf Kostenerstattung nach SGB V § 13 Absatz 3 (vor Aufnahme einer Psychotherapie durch eine\*n Psychologische\*n Psychotherapeut\*in)**

**Angaben d. Patient\*in:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Es wurden folgende psychische und somatische Beschwerden/Befunde bei d. Patient\*in erhoben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es handelt sich um eine Erkrankung im Sinne des SGB V. Diagnose/n gem. ICD-10:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es besteht keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung.

Aus ärztlicher Sicht besteht bei d. Patient\*in aufgrund der o.g. Symptome und Diagnose/n die **dringende Notwendigkeit der zeitnahen Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung** zur Vermeidung einer Verschlimmerung oder/und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik. Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist d. Patient\*in nicht zuzumuten. Die/der Patient\*in teilte mit, dass sie/er bislang nur Absagen von Vertragspsychotherapeut\*innen oder die Aussicht auf mehrmonatige Wartezeiten erhielt. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit der Psychotherapie (in einem Richtlinienverfahren) unterstreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Arztstempel