



Wegweiser

Kostenerstattungsverfahren für gesetzlich Versicherte

Das Kostenerstattungsverfahren ermöglicht gesetzlich Versicherten, Psychotherapie in einer Privatpraxis zu erhalten und die Kosten von der Krankenkasse erstattet zu bekommen (gem. §13 Abs. 3 SGBV, Systemversagen).

Diese Anleitung führt Sie Schritt für Schritt durch den Prozess.

✓ Die 3 Voraussetzungen auf einen Blick

1.

Behandlung ist dringend notwendig.

2.

Im Kassensystem kein Platz
verfügbar.

3.

Behandlung kann sofort beginnen.

📄 Nachweis 1: Dringlichkeit der Behandlung

A

Formular PTV11 – Psychotherapeutische Sprechstunde

- Termin über die Terminservicestelle der KV buchen (Tel. 116117 / www.116117.de)
- **PTV11** (bekommen Sie beim vermittelten Termin; nicht älter als drei Monate) muss ausweisen: „ambulante Psychotherapie“ + „zeitnah erforderlich“ + Dringlichkeitscode
- Handschriftlicher Zusatz: „**Ambulante PT dringend, Akutbehandlung nicht ausreichend.**“

i Bitte eine Kopie des PTV11 für Ihre Unterlagen behalten.

B

Dringlichkeitsbescheinigung durch Arzt/Ärztin

- Haus- oder Facharzt/-ärztin bestätigt: Behandlung ist dringend notwendig und unaufschiebbar
- Vorlage erhalten Sie gerne von mir im Erstgespräch

🔍 Nachweis 2: Kein freier Kassenplatz verfügbar

C

Terminservicestelle erneut kontaktieren

- KV-Terminservicestelle erneut anrufen – mit Verweis auf PTV11 und Dringlichkeitscode
- Anspruch: Terminvermittlung für Probesitzungen innerhalb von 4 Wochen mit Therapielatzusage im Nachgang
- Bei erfolglosem Kontakt oder erfolgloser Probatorik: Tabelle „**Mitteilung zur erfolgreichen Terminvermittlung**“ ausfüllen
- Mind. 2 Anrufversuche + Nutzung des Onlineformulars genügen als Nachweis



D

Protokoll erfolgreicher Kontakte

- Mindestens 15-30 Kassensitz-Therapeut:innen selbst kontaktieren
- Rückmeldungen dokumentieren: Formular „**Protokoll erfolgreicher Kontakte**“
- Kassensitz-Praxen finden: www.kvberlin.de

i Alle Unterlagen sorgfältig aufbewahren – sie werden später der Krankenkasse vorgelegt.



Nachweis 3: Behandlungsbeginn sofort möglich

E

Übernahmklärung der Praxis Gloyer

- Nach dem Erstgespräch erhalten Sie eine Übernahmklärung von mir
- Inhalt: (Verdachts-)Diagnose, Symptomatik, Behandlungsbedarf, Zusage sofortiger Behandlungsbeginn
- Beigefügt: Approbationsurkunde + Qualifikationsnachweis (Richtlinienverfahren VT)



F

Antrag an die Krankenkasse stellen

- Formloses Anschreiben an Ihre Krankenkasse verfassen
- Sämtliche Nachweise (A–E) beilegen
- Musterschreiben erhalten Sie auf Wunsch gerne per E-Mail von mir

i Die Krankenkasse entscheidet i.d.R. innerhalb von 3 Wochen. Bei Ablehnung: Widerspruch ist möglich.



Nach der Probatorik: Therapiesitzungen beantragen

G

Konsiliarbericht + Gutachterbericht

- Nach 4 Probesitzungen (Probatorik) wird ein Konsiliarbericht benötigt
- Konsiliarbericht: durch Hausarzt oder Psychiater ausfüllen lassen
- Ich erstelle den Therapiebericht an den Gutachter
- Beide Dokumente werden gemeinsam an Ihre Krankenkasse übermittelt

i Erst nach Bewilligung beginnt die offizielle Kassenerstattung der laufenden Therapiesitzungen. Sie haben jedoch die Möglichkeit auch direkt als SelbstzahlerIn zu starten.

Im Anhang finden Sie: Die Tabelle zum Nachweis der erfolglosen Terminvermittlung sowie die Liste der erfolglosen Kontaktaufnahme (ein Dokument, zwei Nachweise) ebenso wie den formlosen Antrag auf Psychotherapie und eine Vorlage für den Konsiliarbericht.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.
psychotherapie@gloyer.eu • www.psychotherapie-gloyer.de



(Nachweis C):

Vermittlungsgesuche bei der Terminservicestelle der GKV (116 117)

Am _____ um _____ Uhr Ergebnis:

Am _____ um _____ Uhr Ergebnis:

Am _____ um _____ Uhr Ergebnis:

Nachweis D:

Protokoll erfolglos kontaktierte Kassenärztliche Psychotherapeuten

Datum & Uhrzeit Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (Telefon, Mail, etc.)	Name des/der TherapeutIn	Kontakt des/der PsychotherapeutIn (Anschrift, Tel., E-Mailadresse)	Therapieplatz ja/nein/wann?
1.				
2.				



PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE
DÜPPELSTRASSE

Milena Gloyer
Praxis für Psychotherapie
Düppelstr. 31 · 12163 Berlin
psychotherapie@gloyer.eu
www.psychotherapie-gloyer.de

3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				



PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE
DÜPPELSTRASSE

Milena Gloyer
Praxis für Psychotherapie
Düppelstr. 31 · 12163 Berlin
psychotherapie@gloyer.eu
www.psychotherapie-gloyer.de

14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				



PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE
DÜPPELSTRASSE

Milena Gloyer
Praxis für Psychotherapie
Düppelstr. 31 · 12163 Berlin
psychotherapie@gloyer.eu
www.psychotherapie-gloyer.de

25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				



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

Ich beantrage Kostenerstattung für eine psychotherapeutische Behandlung durch
Frau M.Sc.-Psych. Milena Gloyer
(Approbierte Psychologische Psychotherapeutin in Verhaltenstherapie, ENR: 39188)

Anschrift: Düppelstraße 31, 12163 Berlin Telefon: +49 177 7535518
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

Von der Psychotherapeutin auszufüllen:

Verdachts-Diagnose (ICD-10):

Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen:

Verhaltenstherapie

- als Einzelbehandlung
- als Gruppenbehandlung

Anzahl der geplanten Behandlungseinheiten:

_____ probatorische Sitzungen
_____ Kurzzeittherapie
_____ Langzeittherapie

Honorar:

- Je Sitzung Probatorik und LZT: nach GOP 2,3-facher Satz (870+801a= 134,07 €)
- Je Sitzung KZT: nach GOP 2,3-facher Satz (2x812a+801a=167,58 €)
- Ebenso flankierende Leistungen wie notwendige Berichte und Diagnostik

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel der Psychotherapeutin



Schweigepflichtsentbindung

Ich (Name, Vorname, Anschrift):

entbinde hiermit:

Frau M.Sc. Psych. Milena Gloyer, Düppelstraße. 31; 12163 Berlin

Tel.: +49 177 7535518

von der Schweigepflicht gegenüber meiner Krankenkasse:

Name der Krankenkasse:

Versichertennummer:

Ggf. ergänzen:

Frau M.Sc. Psych. Milena Gloyer, ist berechtigt, meine Behandlungsunterlagen ebenfalls an:

weiterzuleiten.

.....
Ort, Datum
Versicherten

.....
Unterschrift des

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

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV / Kostenerstattung

Name des Patienten / der Patientin

geb. am

Datum

Auf Veranlassung von: _____
Name Therapeut*in

Chiffre Patient*in: _____
Anfangsbuchstabe Geburtsdatum
des Familiennamens

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 die Psychotherapeutin

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV / Kostenerstattung

Aus Datenschutzgründen freibleibend

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*in / 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