

MUSTER ZUR ERSTELLUNG EINER NOTWENDIGKEITS- BZW. DRINGLICHKEITSBESCHEINIGUNG IM RAHMEN DER BEANTRAGUNG EINER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIE IM KOSTENERSTATTUNGS-VERFAHREN BEI DER ZUSTÄNDIGEN KRANKENKASSE

Lieber Kollege, liebe Kollegin,

wir bitten Sie um Ihre Unterstützung des Patienten bei der Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichentherapeuten (in einer Privatpraxis ohne Kassenzulassung).

Wir bitten Sie daher um die Ausstellung einer NOTWENDIGKEITS- BZW. DRINGLICHKEITSBESCHEINIGUNG um die Chancen auf eine Bewilligung und Kostenübernahme durch die jeweilige Krankenkasse zu erhöhen. Anbei finden Sie eine Musterformulierung die Ihnen ggf. zur Orientierung dienen kann. Alternativ können Sie auch das beiliegende Formular verwenden (Anlage1).

Anschrift/Briefkopf Psychotherapeut/in

ev. Klinik oder Ambulanz

Betreff: NOTWENDIGKEITS- BZW. DRINGLICHKEITSBESCHEINIGUNG

Hiermit befürworte ich den Antrag des Versicherten
geb. auf Durchführung einer Psychotherapie im Richtlinienverfahren.

Es handelt sich bei dem/ der *Patient*in* um eine Krankheit im Sinne des SGB V.

Diagnose: *gemäß ICD*

Art der Behandlung: *Angabe zum Richtlinienverfahren*

Behandlungsumfang: *Kurzzeittherapie*

Anzahl der befürworteten Sitzungen (z.B.): *5 Probatorische Sitzungen, 25*

Psychotherapiesitzungen, 6 Stunden für Bezugspersonen

Durchführung: *Einzeltherapie, 1x wöchentlich á 50 min.*

Begründung (Beispiel):

Die Leistung ist unaufschiebbar / verhindert Chronifizierung der bestehenden Symptomatik/ dient der Krisenintervention um zu verhindern (schulische Versetzungsgefährdung, drohender Verlust der Ausbildungsstelle, Krankenhaus-/Psychiatrieeinweisung, Chronifizierung etc.).

Sollten Sie noch Fragen haben, bitte ich Sie sich gerne an mich zu wenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Kinder- und Jugendpsychiater/in

Oberarzt/Oberärztin

Dipl.Psych....

...

Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit und Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie für

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenkasse: Mitgliedsnummer:

Aktuelle Beschwerden/ Symptome/ Befunde/Untersuchungen:

.....
.....
.....

Aufgrund einer psychischen Erkrankung im Sinne des SGB V, benötigt der/die o.g. Patient*in eine ambulante Psychotherapie **im Richtlinienverfahren:**

- ☒ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☒ analytische Psychotherapie
☐ Verhaltenstherapie

Diagnose(n) nach ICD 10:

Aus ärztlicher Sicht besteht bei dem/der Patient*in aufgrund der o.g. Symptome die dringende Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie. Leider haben die bisherigen Bemühungen von _____, einen Therapieplatz zu finden, nicht den erhofften Erfolg gebracht. Eine noch längere Wartezeit ist nicht zumutbar. Ich sehe gemäß der Diagnosen eine ambulante Psychotherapie für den/die Patient*in aus medizinischer Sicht als dringend indiziert und unaufschiebbar. Zur Vermeidung einer Progredienz und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik ist eine ambulante Psychotherapie schnellstmöglich zu beginnen. Eine **Akutbehandlung ist nicht ausreichend.**

.....
.....
.....
.....

Ich weise darauf hin, dass die personenbezogenen Daten vom Kostenträger nach den Bestimmungen des SGB I (§ 35, Abs. 1, Satz 1) als Sozialgeheimnis zu wahren sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des SGB V (§ 284, Abs. 1, Nr. 4) erhoben. Ihre Kenntnis ist für den Kostenträger zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig.

Ort/Datum Stempel/Unterschrift