



Qualifizierte Therapieaufnahmeförderung nach Empfehlung einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie

Sie haben eine:n behandlungsbedürftige:n Patient:in, aber keine Therapieplätze frei?

Wenn absehbar ist, dass Sie dem:der Patient:in innerhalb der **nächsten 4 Wochen keinen Therapieplatz** organisieren können, dann kann **QUATEMAR** Ihnen helfen. QUATEMAR ist darauf spezialisiert, bei der Therapieplatzsuche und Überbrückung der Wartezeit zu unterstützen. QUATEMAR wird im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie auf die Wirksamkeit und Kosteneffektivität evaluiert. Wenn Sie QUATEMAR in Ihrer Sprechstunde anbieten wollen, dann gehen Sie in den folgenden **Schritten** vor:

1

Check der Voraussetzungen

a) Patient:in ist bei einer der folgenden Krankenkassen versichert:

- BAHN-BKK
- BERGISCHE KRANKENKASSE
- BKK B. Braun Aesculap
- BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
- BKK Werra-Meißner
- Heimat Krankenkasse
- IKK classic
- IKK Südwest
- Mercedes-Benz BKK
- Merck BKK
- mkk – meine krankenkasse
- Mobil Krankenkasse
- SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
- vivida BKK

b) Patient:in leidet nicht an

- akuter Selbst- oder Fremdgefährdung
- akuten psychotischen Symptomen
- sprachlichen oder neurokognitiven Barrieren

c) Eine ambulante Richtlinienpsychotherapie ist indiziert

d) Sie können dem:der Patient:in keinen zeitnahen Psychotherapieplatz anbieten und ihn:sie nicht erfolgreich weitervermitteln, sodass Sie eine Wartezeit von **länger als 4 Wochen** antizipieren.

Wenn alle Voraussetzungen zutreffen, dann:

2

Informieren Sie den:die Patient:in kurz über die QUATEMAR-Studie

QUATEMAR bietet Unterstützung bei der Psychotherapieplatzsuche & Überbrückung der Wartezeit über ein **Telefon-Coaching & Smartphone-App** oder eine **Webseite**. QUATEMAR wird im Rahmen einer (vom Innovationsfonds geförderten) wissenschaftlichen Studie evaluiert.

Wenn der:die Patient:in Interesse an QUATEMAR hat, dann:

3 Füllen Sie das PTV 11 Formular aus

Kreuzen Sie auf dem PTV 11 Formular unter Punkt 3 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen „**ambulante Psychotherapie**“ an.

Wenn Sie das getan haben, dann:

4 Leiten Sie den:die Patient:in zur Studienanmeldung weiter

Geben Sie dem:der Patient:in den **Flyer** zur Studienanmeldung mit. Lassen Sie alternativ den:die Patient:in den **QR-Code** scannen oder die **Webseite** www.quatemar.de aufrufen.





PTV 11 Formular

<p><small>Krankenkasse bzw. Kostenträger</small> Beispiel Krankenkasse</p> <p><small>Name, Vorname des Versicherten</small> Max Mustermann <small>geb. am</small> 01.01.1990</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><small>Kostenträgerkennung</small> 123456789</td> <td style="border: none;"><small>Versicherten-Nr.</small> 123456789</td> <td style="border: none;"><small>Status</small></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><small>Betriebsstätten-Nr.</small></td> <td style="border: none;"><small>Arzt-Nr.</small> 123456789</td> <td style="border: none;"><small>Datum</small> 01.03.24</td> </tr> </table>	<small>Kostenträgerkennung</small> 123456789	<small>Versicherten-Nr.</small> 123456789	<small>Status</small>	<small>Betriebsstätten-Nr.</small>	<small>Arzt-Nr.</small> 123456789	<small>Datum</small> 01.03.24	<h3 style="text-align: right;">PTV 11</h3> <h2 style="text-align: center;">Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde</h2> <p><i>Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.</i></p> <p>1 Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde 0 1 0 3 2 4 , T T M M J J</p>
<small>Kostenträgerkennung</small> 123456789	<small>Versicherten-Nr.</small> 123456789	<small>Status</small>					
<small>Betriebsstätten-Nr.</small>	<small>Arzt-Nr.</small> 123456789	<small>Datum</small> 01.03.24					
<p>2 Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde</p> <p><input type="checkbox"/> Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig F 32.1</p> <p><small>Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) (im Klartext), weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen</small></p> <p style="font-size: 1.2em; margin-left: 20px;"><i>Mittelgradige depressive Episode</i></p>							
<p>3 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung <small>Fachgebiet</small> <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____ <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung </td> </tr> </table> <p><small>Nähere Angaben zu den Empfehlungen</small></p> <p>_____ _____ _____</p>		<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie 	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung <small>Fachgebiet</small> <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____ <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung				
<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme <input checked="" type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie 	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung <small>Fachgebiet</small> <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____ <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung						
<p>4 Ihr nächster Termin</p> <p><input type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden</p> <p style="text-align: right;">Datum T T M M J J , Uhrzeit : : : :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Weitervermittlung <input type="checkbox"/> zeitnah erforderlich</p>							
<p>5 Erklärung Patient*in</p> <p>Eine Kopie dieser Information darf erhalten:</p> <p><small>Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt</small></p> <p>_____ <small>Straße</small></p> <p>_____ <small>PLZ Ort</small></p> <p>_____ <small>Datum</small></p> <p>T T M M J J <small>Unterschrift Patient*in, ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen</small></p>	<p>4 _____ _____ _____</p> <p style="text-align: right;"><small>Ausstellungsdatum</small> 0 1 0 3 2 4</p>						
<p>Ausfertigung Patient*in</p>							



Teilnehmende Krankenkassen

- BAHN-BKK
- BERGISCHE KRANKENKASSE
- BKK B. Braun Aesculap
- BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
- BKK Werra-Meissner
- Heimat Krankenkasse
- IKK classic
- IKK Südwest
- Mercedes-Benz BKK
- Merck BKK
- mkk – meine krankenkasse
- Mobil Krankenkasse
- SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
- vivida BKK