



Merkblatt – Hinweis für die Abrechnung von Hilfeschecks für eine psychotraumatologische Erstberatung

Bitte beachten Sie, dass der Hilfescheck nur dann Gültigkeit entfaltet, wenn die unten genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Mit Annahme des Hilfeschecks verpflichtet sich die beratende Person keine weitergehenden Forderungen aufgrund der psychotraumatologischen Erstberatung gegenüber der hilfesuchenden Person geltend zu machen.

Wir weisen darauf hin, dass Einrichtungen, Institutionen oder Behandelnde, die als **OEG-Traumaambulanz** mit der für sie zuständigen Versorgungsverwaltung kooperieren, diesen Hilfescheck **nicht einlösen** können, sofern die angebotene Leistung durch den **Rechtsanspruch** der Betroffenen nach dem SGB XIV gegenüber den Versorgungsverwaltungen der Länder abgedeckt wird.

Bitte beachten Sie zudem, dass eingetragene Vereine, deren Satzungsaufgabe die Beratung von Gewaltopfern einschließt, den Hilfescheck ebenfalls nicht mit dem WEISSEN RING e.V. abrechnen können.

Eine Kostenübernahme für über die Beratung hinausgehende Tätigkeiten ist lediglich ausnahmsweise nur zur **Überbrückung unter Vorbehalt** möglich. Grundsätzlich besteht der Vorrang der Leistungsträger. Besteht die Notwendigkeit einer weiterführenden Behandlung, bitten wir Sie, die entsprechenden Leistungsträger zu überprüfen und weitere Schritte einzuleiten. Hierbei besteht die Möglichkeit die Kostenübernahme durch Krankenversicherungen, über das Opferentschädigungsgesetz (Versorgungsamt), gesetzliche Unfallversicherungen (Berufsgenossenschaft) oder Krankenhilfe (Sozialamt) zu beantragen.

Zur Abrechnung des Hilfeschecks benötigen wir von Ihnen:

- Eine **kurze Stellungnahme** zu **Gegenstand und Umfang** der Beratung (sowie ggf. zu weiteren erforderlichen Maßnahmen).
- Ggf. eine Information, ob bereits Anträge bei vorrangigen Leistungsträgern gestellt wurden.
- Nummer des Hilfeschecks.
- Ihre aktuell gültigen **Bankdaten**.
- Den ausgefüllten **Abschnitt: Informationen zu Ihrer Qualifikation**.

Bitte senden Sie uns die oben genannten Informationen per Post an:

WEISSER RING e.V. · Bundesgeschäftsstelle · Weberstraße 16 · 55130 Mainz

Abschnitt: Informationen zu Ihrer Qualifikation

Ihre Berufsgruppe:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/-in | <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/-in | <input type="checkbox"/> Notfallpsychologe/-psychologin (BDP) |
| <input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin für Psychiatrie / Psychotherapie / Psychosomatik / Psychotherapeutische Medizin | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/-in mit der Zulassung zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie ohne Bestallung |
| <input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie | |

Ihre traumatherapeutische Zusatzqualifikation:

- Ja, und zwar: _____ Nein

Ihr Beschäftigungsverhältnis:

- Niedergelassene/-r Therapeut/-in oder Facharzt/-ärztin Angestellte/-r (mit eigener Abrechnungsbefugnis)

Name / Vorname

Datum / Unterschrift