



Kosten- erstattung

Ein Ratgeber
für psychisch kranke Menschen



Liebe Leserinnen und Leser, in Deutschland warten psychisch kranke Menschen durchschnittlich mehr als drei Monate auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Das ist viel zu lange. Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert, diese Wartezeiten auf höchstens drei Wochen zu verkürzen. Nach wie vor müssen aber viele Patienten zu lange auf einen freien Therapieplatz warten. Deshalb möchten wir Patientinnen und Patienten, die eine Psychotherapie benötigen, einen Ausweg aufzeigen.

Es fehlt nämlich nicht an gut ausgebildeten Psychotherapeuten. Psychisch kranke Menschen können zur Not auch auf Psychotherapeuten in Privatpraxen zurückgreifen, die normalerweise nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Das ist dann der Fall, wenn eine Leistung „unaufschiebbar“ ist. „Unaufschiebbar“ und damit notwendig ist eine Psychotherapie, wenn es Ihnen bleibend schlecht geht und Sie Hilfe brauchen.

Patienten können in diesem Fall bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse beantragen, die Kosten einer ambulanten Psychotherapie nach Paragraph 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) V erstattet zu bekommen. Was sich hinter diesem Paragraphen verbirgt, erklären wir Ihnen auf den folgenden Seiten.

Psychisch kranke Menschen dürfen von Krankenkassen nicht vertröstet werden, wenn sie eine Psychotherapie brauchen. Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, notwendige Behandlungen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen. Patienten sollten deshalb ihre rechtlichen Ansprüche nutzen.

Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Das Elend der Wartelisten

Eine Depression ist wie ein Krake, schrieb einmal ein Patient. Sie ergreift dich und zieht dich hinab in die Tiefe – und wer dann keinen anderen Menschen hat, an dem er sich festhalten kann, fühlt sich schrecklich verloren. Diese anderen Menschen können Lebenspartner, Familie oder Freunde sein. Wenn das alleine nicht mehr hilft, dann sollten sich Menschen nach den einhelligen Empfehlungen aller Experten an einen Psychotherapeuten wenden.

In Deutschland ist die Zahl der Psychotherapeuten mit Kassenzulassung viel zu gering. Wer einen zugelassenen Psychotherapeuten sucht, stößt fast immer auf viel zu lange Wartelisten. Bei manchen sind die Wartelisten so lang, dass sie gar keine neuen Patienten mehr aufnehmen können. Diese monatelangen Wartezeiten sind nicht zumutbar. Aber bei psychisch kranken Menschen gelten in Deutschland immer noch andere Maßstäbe. Die gesetzlichen Krankenkassen sprechen angesichts der Wartezeit sogar noch von „Übersorgung“. Dabei müsste es die langen Wartelisten gar nicht geben.

Es gibt keinen Psychotherapeutenmangel. Gut ausgebildete Psychotherapeuten haben durchaus freie Behandlungsplätze. Die gesetzlichen Krankenkassen müssten sie nur bezahlen. Es gibt jedoch für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen eine Möglichkeit, diese freien Psychotherapieplätze zu nutzen.

Dieser Weg ist allerdings nicht einfach zu beschreiten, weil er als Ausnahme gedacht ist und von den Kassen auch so gehandhabt wird. Gesetzlich Versicherte müssen deshalb mit Widerständen und manchmal sogar mit dem Scheitern rechnen. Die folgenden Seiten erklären, was Versicherte tun können, damit ein Antrag richtig gestellt ist.

Rechtzeitige Behandlung

Grundsätzlich ist es Aufgabe der Krankenkassen, rechtzeitig für die notwendige Behandlung ihrer Versicherten zu sorgen. Ist die Krankenkasse dazu nicht in der Lage und sind den Versicherten für eine selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, muss die Kasse die Ausgaben erstatten. Eine selbst beschaffte Leistung kann die psychotherapeutische Behandlung in einer Privatpraxis sein. Das steht in Paragraf 13 Absatz 3 SGB V. Dieser Anspruch auf Kostenerstattung ist also gesetzlich geregelt und gilt gegenüber allen gesetzlichen Krankenkassen.

Damit die Kasse die Kosten für die psychotherapeutische Behandlung in einer Privatpraxis übernimmt, stellt man vorab bei seiner Krankenkasse einen Antrag. Dazu benötigt man kein Formular, sondern legt in einem Brief die Gründe dar, warum dringend eine Psychotherapie notwendig ist und dass dafür nicht rechtzeitig ein Therapieplatz bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung gefunden werden konnte. Dann bittet man die Kasse, der Behandlung bei der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten in Privatpraxis zuzustimmen. Soweit so einfach. Doch kein Antrag ohne Papier und Belege. Zu einem solchen Antrag gehören deshalb vier Dinge, die auf den folgenden Seiten erläutert werden:

- **das Anschreiben,**
- **eine Bescheinigung, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist,**
- **das Protokoll der vergeblichen Suche nach einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung,**
- **die Bescheinigung eines approbierten Psychotherapeuten in Privatpraxis, dass die Behandlung kurzfristig übernommen wird.**

Der Antrag ist also durchaus aufwändig. Gerade psychisch kranken Menschen fällt es häufig schwer, die dafür erforderlichen Telefonate zu führen und die notwendigen Unterlagen zu beschaffen. Vielleicht können Angehörige und Freunde sie dabei unterstützen.

Protokoll der vergeblichen Suche

Eine gesetzliche Krankenkasse ist nur verpflichtet, die Kosten für eine ambulante Psychotherapie zu erstatten, wenn die Behandlung sonst nicht rechtzeitig und nicht in zumutbarer Entfernung möglich ist. Grundsätzlich kann die Kasse von ihren Versicherten verlangen, sich ausschließlich von Psychotherapeuten behandeln zu lassen, die eine Kassenzulassung haben. Nur wenn dies nachweislich nicht möglich ist, kann sich der Versicherte auch an Psychotherapeuten in Privatpraxen wenden.

Deshalb muss ein Versicherter zunächst bei den zugelassenen Psychotherapeuten in der Nähe seines Wohnortes nachfragen, ob dort kurzfristig eine Behandlung möglich ist. Eine Liste der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Kassenzulassung findet man auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigung seines Bundeslandes. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sind alle Ärzte und Psychotherapeuten Mitglied, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen dürfen.

Versicherte sollten möglichst viele Psychotherapeuten mit Kassenzulassung anrufen, mindestens aber drei bis fünf. Über die telefonische Suche sollte ein Protokoll geführt werden. In diesem Protokoll ist Folgendes zu notieren:

- **der Name der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten,**
- **das Datum und die Uhrzeit des Telefongesprächs,**
- **die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz, die Ihnen genannt wird.**

Wartezeiten über drei Monate gelten grundsätzlich nicht als zumutbar. Die Bundespsychotherapeutenkammer hält aus fachlicher Sicht Wartezeiten von mehr als drei Wochen für nicht vertretbar.

Die Alternative: Privatpraxis

Neben den Psychotherapeuten mit Kassenzulassung gibt es in Deutschland auch niedergelassene Psychotherapeuten, die in Privatpraxis arbeiten. Sie verfügen in der Regel ebenso wie die zugelassenen Psychotherapeuten über die sogenannte „Fachkunde in einem Richtlinienverfahren“. Richtlinienverfahren sind: analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Normalerweise müssen Patienten diese Psychotherapeuten selbst bezahlen. Steht jedoch in zumutbarer Entfernung und Wartezeit kein Psychotherapeut mit Kassenzulassung zur Verfügung, können Versicherte einen Antrag stellen, sich von Psychotherapeuten in Privatpraxis auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln zu lassen. Die Krankenkassen haben fünf Wochen Zeit, den Antrag zu bearbeiten. Reagieren Sie innerhalb dieser Frist nicht, gilt der Antrag als genehmigt (Paragraf 13 Absatz 3a SGB V).

Psychotherapeuten in Privatpraxis besitzen wie ihre Kollegen mit Kassenzulassung eine Approbation, also eine staatliche Erlaubnis, psychische Krankheiten zu behandeln. Der Versicherte sollte einen Psychotherapeuten in Privatpraxis anrufen und fragen:

- **ob kurzfristig die Behandlung übernommen werden kann und**
- **ob die „Fachkunde in einem Richtlinienverfahren“ vorliegt.**

Ist dies der Fall, sollten sich Versicherte beides schriftlich bescheinigen lassen.

Behandlung notwendig

Versicherte brauchen schließlich noch eine Bescheinigung, dass eine Psychotherapie notwendig und unaufschiebbar ist. Eine solche Bescheinigung erhält man zum Beispiel von seinem Hausarzt oder auch von einem Facharzt. Aus fachlicher Sicht könnten selbstverständlich auch Psychotherapeuten die Dringlichkeit einer Behandlung bestätigen. Aber die Krankenkassen fordern dennoch häufig eine ärztliche Bescheinigung.

Das Anschreiben

Muster eines Anschreibens an die Krankenkasse:

Anschrift des Versicherten
Anschrift der Krankenkasse

Ort, Datum

Versichertennummer:

Antrag auf ambulante Psychotherapie und Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, dass Sie die Kosten, die mir durch die ambulante Psychotherapie bei Frau/Herrn ... entstehen, übernehmen und mir dies zusichern. Frau/Herrn ... ist eine approbierte Psychotherapeutin/ein approbierter Psychotherapeut in einem Richtlinienverfahren, verfügt aber nicht über eine Zulassung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Wie Sie meinem beigelegten Protokoll entnehmen können, habe ich mich mehrfach vergeblich bemüht, einen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung zu finden, der mich rechtzeitig behandeln kann. Meine Psychotherapeutensuche ergab, dass ich mehr als ... Monate auf einen ersten Termin warten müsste. Dagegen besteht die Möglichkeit, dass ich bei Frau/Herrn ... kurzfristig mit einer Behandlung beginnen könnte. Eine entsprechende Bescheinigung lege ich bei. Ich lege Ihnen des Weiteren eine Bescheinigung eines [Hausarztes/Facharztes/Psychotherapeuten] bei, der bei mir eine ambulante Psychotherapie für dringend erforderlich hält.

Falls Sie meinem Antrag nicht zustimmen, nennen Sie mir bitte – so schnell wie möglich – einen zugelassenen Psychotherapeuten in der Nähe meines Wohnortes, bei dem ich kurzfristig einen Termin erhalte.

Ich bitte Sie, meinen Antrag möglichst zügig zu bearbeiten und möchte auf die Frist des § 13 Absatz 3a SGB V hinweisen.

Mit freundlichen Grüßen

Wenn die Kasse ablehnt

Die gesetzlichen Krankenkassen scheinen in letzter Zeit zunehmend Anträge auf Kostenerstattung für eine ambulante Psychotherapie nach Paragraph 13 Absatz 3 SGB V abzulehnen. Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert dieses Vorgehen, weil diese Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag nicht nachkommen, ihren Versicherten rechtzeitig eine Behandlung zu gewährleisten. Erhält ein Versicherter eine ablehnende Antwort seiner Krankenkasse, ohne dass sie ihm einen freien Behandlungsplatz bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung anbietet, kann er Widerspruch einlegen. Das Schreiben könnte folgendermaßen aussehen:

Anschrift des Versicherten
Anschrift der Krankenkasse

Ort, Datum

Versichertennummer:

Widerspruch **Ihr Schreiben vom ...**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihr Schreiben vom [Datum einfügen] ein, mit dem Sie es ablehnen, die Kosten, die mir durch die ambulante Psychotherapie bei Frau/Herrn ... entstehen, zu übernehmen. Meinem Antrag lagen die erforderlichen Unterlagen bei, aus denen hervorgeht, dass die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Ich bitte Sie deshalb erneut, meinen Antrag zu genehmigen. Sollten Sie dem Antrag nicht stattgeben, werde ich meinen Anspruch gerichtlich durchsetzen und die Aufsichtsbehörde sowie den Patientenbeauftragten der Bundesregierung informieren.

Mit freundlichen Grüßen