

Informationen zum Kostenerstattungsverfahren

Rechtlicher Hintergrund

Grundsätzlich müssen gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung ihrer Versicherten gewährleisten. Darüber hinaus müssen sie rechtzeitig für die notwendige Behandlung ihrer Versicherten sorgen. Falls Sie trotz angemessener Suchaktivitäten bei einer/m niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in nur nach einer unzumutbar langen Wartezeit einen Therapieplatz finden, ist Ihre GKV nicht in der Lage, diesen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. In diesen Fällen haben Sie das Recht, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen. Die Kosten, die Ihnen durch diese selbst beschafften Leistungen entstehen, muss die GKV erstatten. Dieser Anspruch ist in § 13 Absatz 3 SGB V gesetzlich geregelt und gilt gegenüber allen GKVen.

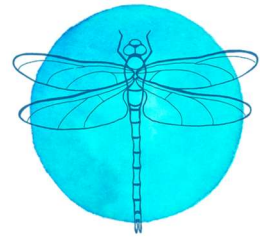
Damit der o. g. Paragraph greift, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- eine Psychotherapie ist notwendig und unaufschiebbar (Dringlichkeit)
- der Versicherte findet keinen Platz bei einer/m Psychotherapeut:in mit Kassenzulassung

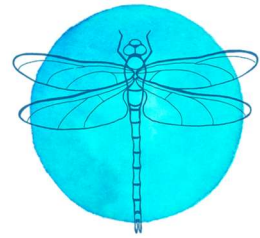
Tipps der Psychotherapeutenkammer

Folgende konkrete Tipps zum Vorgehen bei der Antragstellung gibt die Bundespsychotherapeutenkammer, damit die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten übernimmt:

1. Erfragen Sie bei Ihrer Krankenkasse zunächst unter welchen Bedingungen ein Kostenerstattungsverfahren eingeleitet werden kann, welche Unterlagen hierfür eingereicht werden müssen, wie viele Absagen durch kassenzugelassene Psychotherapeut:innen erfolgt sein müssen und welche Entfernung zu einer Praxis die Krankenkasse als noch wohnortnah einstuft. Im nächsten Schritt können Sie Ihre Krankenkasse oder die Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) um eine Liste mit niedergelassenen Vertragstherapeut:innen bitten, bzw. können Sie sich diese auch selbstständig unter den von mir angegebenen Links suchen. Bitten Sie außerdem Ihre Krankenkasse, Ihnen im Rahmen einer angemessenen Frist (z.B. eine Woche) eine:n Psychotherapeut:in mitzuteilen, bei dem Sie zeitnah einen Termin in Wohnortnähe erhalten.
2. Es ist häufig so, dass im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens gefordert wird, dass der Patientenservice 116117 der Kassenärztlichen Vereinigung zur Terminvermittlung kontaktiert wurde und wiederholt (etwa 5-mal) kein Therapieplatz unter angemessenen Bedingungen vermittelt werden konnte. Lassen Sie sich hierüber einen Nachweis vom Patientenservice ausstellen.



3. Neben dem können Sie aber auch selbst kassenzugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in Wohnortnähe kontaktieren und sich nach einem freien Behandlungsplatz erkundigen. Wenn Sie zeitnah einen Termin erhalten, nehmen Sie ihn wahr. **Wichtig ist, dass seit dem 01.04.2018 alle gesetzlich Versicherten dazu verpflichtet sind, eine sog. Psychotherapeutische Sprechstunde (vor dem Beginn einer Psychotherapie) bei einer/m Vertragspsychotherapeut:in aufzusuchen.** Dort wird festgestellt, ob eine Psychotherapie medizinisch notwendig ist und das entsprechende Formular ausgestellt, das sog. **PTV 11**. Ein solches **Formular ist unbedingt notwendig** (eins ist ausreichend), **darauf sollte angekreuzt** sein, dass die **Behandlung in dieser entsprechenden Praxis nicht möglich** ist, dass eine **Verhaltenstherapie empfohlen** wird (da ich Verhaltenstherapie anbiete), außerdem sollte angekreuzt werden, dass eine **Behandlung dringend erforderlich** ist. Schauen Sie sich bevor Sie aus dem Gespräch gehen das PTV11 an und bitten Sie ggf. den/die Behandler:in, Ihnen die entsprechenden Kreuzchen zu setzen.
4. Da Sie nachweisen müssen, dass keine rechtzeitige Behandlung bei Psychotherapeut:innen mit Kassenzulassung möglich war, protokollieren Sie Name, Datum und Uhrzeit Ihrer Anrufe sowie den frühestmöglichen Behandlungstermin (Tabelle zum Download). Üblicherweise reichen hier Anfragen bei 3 bis 5 Behandler:innen, auf der sichereren Seite sind Sie mit 8. Ganz wichtig: Auch wenn Sie auf einen Anrufbeantworter gesprochen haben und keinen Rückruf erhalten oder Sie nie jemanden erreichen, gilt das als Absage! Weiterhin sind Wartezeiten von mehr als 6 Wochen bei Kindern und Jugendlichen, nach Ansicht des Bundessozialgerichts, nicht zulässig!
5. Darüber hinaus ist eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung von einem Facharzt/einer Fachärztin oder Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin notwendig. Diese:r bestätigt Ihnen damit, dass die Voraussetzungen für eine notwendige Verhaltenstherapie vorliegen. Zudem muss ihr behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin in einem sogenannten Konsiliarbericht Angaben zu körperlichen Erkrankungen und einer möglichen ärztlichen Mitbehandlung machen.
6. Nach Ablauf der mit ihrer Krankenkasse vereinbarten Frist können Sie sich an Ihre Krankenkasse wenden und von Ihrer erfolglosen Suche berichten. Möglicherweise nennt Ihnen die Krankenkasse weitere Psychotherapeut:innen, die Sie anrufen sollen. Manche Kassen fordern fünf oder mehr Absagen (rechtlich sind es nur drei), bis sie ein Kostenerstattungsverfahren akzeptieren. Ganz wichtig: Ihre Krankenkasse darf nicht von Ihnen fordern, eine lange Fahrtzeit in Kauf zu nehmen oder zu einer/m Psychotherapeut:in zu gehen, der/die Ihnen / Ihrem Kind nicht sympathisch ist.



7. Bei Ihrem Kontakt mit der Krankenkasse können Sie dann zudem durchgeben, dass bei mir in der Privatpraxis (Anna-Sophia Klüber, approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Fachkunde in Verhaltenstherapie) eine zeitnahe Behandlung möglich ist und beantragen die Erstattung der dafür notwendigen Kosten nach § 13 Absatz 3 SGB V. Hierzu erhalten Sie von mir eine Bescheinigung über einen freien Therapieplatz und die Bestätigung, dass ein Therapiebeginn möglich ist.
8. Wenn Sie alle Unterlagen zusammen haben können Sie sich gerne erneut bei mir melden und wir reichen zusammen die Unterlagen ein.
9. Die Krankenkassen müssen spätestens drei Wochen nach Eingang über einen Antrag auf Leistungen entschieden haben. Ist eine gutachterliche Stellungnahme erforderlich, verlängert sich diese Frist auf fünf Wochen. Lässt die GKV diese Fristen ohne vorherige schriftliche Mitteilung einer Begründung verstreichen, gilt der Kostenübernahmeantrag als genehmigt. Die Krankenkassen sind dann zur Übernahme der Kosten, die aus der Beschaffung der notwendigen Leistung durch den Leistungsberechtigten selbst resultieren, verpflichtet.
10. Wird der Antrag auf Kostenübernahme von der Krankenkasse abgelehnt, was passieren kann, kann der/die Versicherte Widerspruch einlegen. Dieser Widerspruch führt leider nicht immer zum Erfolg. Das hört sich alles viel und aufwendig an. Es kann aber Punkt für Punkt abgearbeitet werden und ermöglicht Ihnen einen schnellen Therapiebeginn, falls Sie keinen Therapieplatz bei einem/r niedergelassenen Therapeut:in erhalten.

Gerne unterstütze ich Sie während des Prozesses!