

## **Sie haben einen Rechtsanspruch auf Psychotherapie!**

Krankheit kommt von Kränkung. „Psychisch kranke Menschen dürfen von Krankenkassen nicht getröstet werden, wenn sie eine Psychotherapie brauchen. Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, notwendige Behandlungen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.“ (Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer BPtK)

Auch Ihre Kasse muss Ihnen in einem angemessenen Zeitrahmen eine psychotherapeutische Behandlung gewährleisten. Die Bundespsychotherapeutenkammer hält eine Wartezeit von mehr als drei Wochen für nicht zumutbar. Das Bundessozialgericht sieht es so: „Psychotherapie ist häufig eine schnell erforderliche Intervention, so dass behandlungsbedürftige seelische Erkrankungen in aller Regel unverzüglich zu behandeln sind.“ (sh. Vergl. Bundessozialgericht [BSG] vom 21.5.1997 [Az. 5 RKa 15/97])

Es fehlt auch keineswegs an gut ausgebildeten Psychotherapeuten; aber nicht alle von ihnen können ohne weiteres mit den gesetzlichen Kassen abrechnen. In dringenden Fällen können Sie aber auf diese Behandler zurückgreifen. Das Gesetz spricht hier von einer „unaufschiebbaren Leistung“ nach § 13 Abs. 3 SGB V.

### **Die Behandlung nach § 13 Absatz 3 SGB V**

Es ist Aufgabe Ihrer Krankenkasse, rechtzeitig für Ihre Behandlung zu sorgen. Kann sie es nicht und entstehen Ihnen Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, so muss Ihre Kasse diese entstandenen Kosten erstatten. (Wartezeiten von über drei Monaten gelten grundsätzlich als nicht zumutbar, ebenso Anfahrten über 25 km. Auch ist das Geschlecht des Behandlers oft von Bedeutung.) Eine selbstbeschaffte Leistung kann nach § 13 Absatz 3 SGB V die psychotherapeutische Behandlung in einer Privatpraxis sein. Ihr Anspruch auf zeitnahe Hilfe ist also gesetzlich gut geregelt und gilt für alle Kassen.

## Die Kostenübernahme – Wie gehen Sie nun vor?

Um sicherzugehen, dass Ihre Krankenkasse – ob gesetzlich oder privat – die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung übernimmt, stellen Sie **vorab** einen Antrag auf Kostenübernahme:

1. **Anschreiben.** Ein kurzer Brief oder Anruf reicht, in dem Sie die Gründe darlegen, warum Sie dringend eine Psychotherapie benötigen und dass Sie zur Zeit keinen Therapieplatz bei einem Vertragsbehandler finden. Bitten Sie die Kasse, einer Behandlung nach dem HPG zuzustimmen.
2. **Notwendigkeitsbescheinigung,** dass eine psychotherapeutische Behandlung für Sie dringend ist. Sie erhalten die Bescheinigung von Ihrem Haus- oder Facharzt. Sie benötigen eine Diagnose nach ICD 10 und den Hinweis, dass es sich in Ihrem Fall um eine Störung im Sinne des SGB 5 handelt.
3. **Protokoll** der vergeblichen Suche nach einer zeitnahen Therapie. Sie finden Vertragspsychotherapeuten auf der Internetseite der „Kassenärztlichen Vereinigung“ Ihres Bundeslandes. Ihre Krankenkasse kann Ihnen aber auch eine Liste von in Frage kommenden Behandlern zukommen lassen. Fragen Sie dann bei drei bis fünf zugelassenen Psychotherapeuten in Ihrer Umgebung nach einem kurzfristigen Therapieplatz. Notieren Sie den Namen des Psychotherapeuten, Datum und Uhrzeit des Telefonats und die Wartezeit auf einen Therapieplatz in der jeweiligen Praxis.
4. **Zusage** eines staatlich zugelassenen Psychotherapeuten einer Privatpraxis, dass Ihre Behandlung zeitnah übernommen werden kann und dass Fachkunde in einem Richtlinienverfahren vorliegt (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie). Ich bin staatlich zugelassen nach dem HPG (Heilpraktikergesetz), und eine solche Zusage erhalten Sie dann schnellstmöglich von mir.

Lassen Sie sich keinesfalls entmutigen, wenn Ihre Kasse Ihren Antrag wider Erwarten erst einmal ablehnt! Das liegt oft daran, dass manche Sachbearbeiter nicht so vertraut mit der Gesetzeslage sind. Musterschreiben für Anträge und ggf. Widerspruch sind hier für Sie vorbereitet; wir schicken Ihnen gerne die PDFs zu. Vielleicht können auch Angehörige oder Freunde Sie bei diesen Dingen unterstützen.

„Eine Depression ist wie eine Krake“, schrieb 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.“ Zögern Sie besonders bei Dringlichkeit nicht, sich mit Ihren Fragen heute noch an mich zu wenden: [praxis@psychologiemobil.de](mailto:praxis@psychologiemobil.de).

Auszug aus dem

### **Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung**

In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791)

#### § 13 - Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge von Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach § 15 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch erstattet.