

Kostenerstattung

Das Verfahren der Kostenerstattung durch gesetzliche Krankenkassen

Psychisch kranke Menschen dürfen von ihrer Krankenkasse nicht vertröstet werden, wenn sie eine Psychotherapie benötigen. Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, notwendige Behandlungen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.

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. Patienten können in diesem Fall bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse beantragen, die Kosten einer ambulanten

Psychotherapie nach Paragraf 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) V erstattet zu bekommen.

Dafür muss an die zuständige Krankenkasse ein Antrag gestellt werden, der vier Dinge enthält:

1. Das Anschreiben

Darin müssen Sie Ihrer Krankenkasse darlegen, warum Sie dringend eine Psychotherapie benötigen und dass der Behandlungsbeginn unaufschiebbar ist. Sie erklären, dass Sie dafür keinen Platz bei einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin mit Kassensitz finden konnten und bitten die Krankenkasse, der Behandlung bei einem Psychotherapeuten mit Approbation in einer Privatpraxis zuzustimmen.

2. Protokoll der vergeblichen Suche nach einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin mit Kassensitz

Hierzu müssen sie mindestens drei bis fünf niedergelassene Kollegen mit Kassensitz anrufen und erfragen, wann diese Ihnen einen Therapieplatz anbieten können.

Über diese Telefonate führen Sie Protokoll und halten folgende Punkte schriftlich fest:

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

Dabei gelten Wartezeiten von über drei Monaten als nicht zumutbar.

3. Die Bescheinigung Ihres Hausarztes, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und der Beginn dieser Behandlung unaufschiebbar ist.

4. Die Bescheinigung eines approbierten Psychotherapeuten in Privatpraxis, dass die Behandlung kurzfristig übernommen wird.

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).