

Anleitung zur Therapieplatzsuche und Antragstellung nach § 13 Abs. 3 SGB V

1. Wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse und teilen Sie dort mit, dass Sie eine Psychotherapie benötigen. Ihre Krankenkasse wird Sie an die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) zur Vermittlung einer psychotherapeutischen Sprechstunde verweisen.
2. Rufen Sie bei der Terminservicestelle (Telefon: 0231 94 32 94 44) der KVWL an und lassen Sie sich eine Psychotherapeutische Sprechstunde bei einem Kassentherapeuten vermitteln. Seit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 01.04.2017 ist die Terminservicestelle der KV dazu **verpflichtet**, Ihnen freie Termine bei Psychotherapeuten zu vermitteln. Die Terminservicestelle muss Sie innerhalb einer Woche zurückrufen und Ihnen einen Termin für eine Psychotherapeutische Sprechstunde innerhalb von vier Wochen vermitteln. Bestehen Sie darauf, nicht länger als vier Wochen warten zu müssen!
Wenn die Wartezeiten länger sind, können Sie bei Ihrer Krankenkasse Druck aufbauen. Fordern Sie Ihren Sachbearbeiter dazu auf, Sie bei der Suche zu unterstützen!
3. Im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde (maximal insgesamt 150 Minuten) klärt ein Psychotherapeut oder entsprechender Facharzt zunächst, ob bei Ihnen eine Situation besteht, die als psychische Störung bezeichnet werden kann und eine Therapie erfordert. Zum Ende der Sprechstunde erhalten Sie einen Befundbericht mit Verdachtsdiagnose und Empfehlung für das weitere Vorgehen. Wird keine Akutbehandlung empfohlen, warten Sie zwischen sechs und 24 Monate auf einen Therapieplatz.
4. Bei einer empfohlenen Akutbehandlung wenden Sie sich erneut an die Terminservicestelle der KVWL und teilen dort mit, dass Ihnen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine Akutbehandlung angedeutet wurde. Wenn Sie diese verbindlich kurzfristig antreten können, lassen Sie sich gratulieren. Sie haben Ihr Ziel erreicht.

Wenn die Wartezeiten auf einen Therapietermin mehr als drei Monate betragen.

5. Fordern Sie (per Mail) bei uns unter Angabe Ihrer Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer, Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse) eine Behandlungszusage, eine Kopie des Eintrags ins Ärztereister, den vorformulierten Antrag und das Telefonprotokoll an.
6. Lassen Sie sich von der KVWL eine Liste mit Kassentherapeuten aus Ihrer Umgebung schicken. Telefonieren Sie etwas fünf bis 10 Praxen ab (das Bundessozialgericht hält mehr als drei Behandlungsanfragen aus fachlichen wie menschlichen Gründen für unzumutbar) und tragen Sie jeden Anruf mit Namen, Datum, Uhrzeit und der genannten Wartezeit in das Telefonprotokoll ein. Selbst, wenn auf dem Anrufbeantworter darum gebeten wird, von Anfragen nach freien Therapieplätzen abzusehen; notieren Sie dies!

Wichtig: Aus verhandlungstaktischen Gründen sollte zwischen den Telefonaten und der Antragstellung möglichst wenig Zeit liegen, damit die Wartezeiten nicht als überholt angesehen werden können.

7. In den Antrag tragen Sie Ihre Absenderdaten, die Anschrift Ihrer Krankenkasse, die kürzeste der ermittelten Wartezeiten (Wartezeiten bis zu drei Monaten gelten als zumutbar!!) und den Therapeuten / Facharzt ein, der die Dringlichkeit bescheinigt hat. Alle Unterlagen reichen Sie im Anschluss bei Ihrer Krankenkasse ein.

- **Wichtig:** Legen Sie sich Kopien der versandten Unterlagen an. Erledigen Sie alles schriftlich. Alles was mündlich geschieht, ist nicht belegbar.
- **Wichtig:** Sind die Unterlagen nicht vollständig, wird Ihre Krankenkasse den Antrag aus formalen Gründen ablehnen.
- **Wichtig:** Beachten Sie, dass eine Nichterstattung oder lediglich Teilerstattung Ihrer Krankenkasse im Falle einer Behandlung keinen Einfluss auf das mit dem Therapeuten vereinbarte Honorar hat. Stellen Sie den Antrag daher vor Aufnahme der Behandlung!

Der Gesetzgeber (§ 13 Abs. 3a SGB V) gibt Ihrer Krankenkasse drei Wochen Zeit, um über den Antrag zu entscheiden. Je nach Borniertheit oder Ignoranz Ihrer Krankenkasse oder deren Mitarbeiter ist es möglich, dass Ihr Antrag schleppend oder verspätet bearbeitet wird. Eine beliebte Vorgehensweise ist es z. B. den Antrag „zwecks Prüfung“ an den Medizinischen Dienst (MDK) weiterzuleiten. Dies ist rechtswidrig!

Hören Sie drei Wochen nichts von Ihrer Krankenkasse, dann dürfen Sie dies als stillschweigende Genehmigung betrachten.

Ihre Krankenkasse wird zunächst vier Sitzungen für Anamnese und Diagnostik genehmigen. Im Anschluss muss von uns ein Befundbericht erstellt und an die Krankenkasse gesandt werden. Dann entscheidet Ihre Krankenkasse, ob und mit wie vielen Stunden die Psychotherapie genehmigt wird.

Es besteht das Risiko einer Ablehnung und es kann sein, dass die Behandlungsrechnung nicht in voller Höhe erstattet wird. Damit würde Ihnen ein unfreiwilliger Selbstbehalt aufgezwungen. Dies ist nach Auffassung von Fachanwälten ein rechtswidriges Verhalten, das Sie nicht billigen sollten.

Im § 13 Abs. 3 und 3a des Fünften Sozialgesetzbuches heißt es vollkommen eindeutig:

(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.

(3a) Kann eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) eingeholt wird, nicht innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang entscheiden, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes nach Satz 1, können Leistungsberechtigte der Krankenkasse eine angemessene Frist für die Entscheidung über den Antrag mit der Erklärung setzen, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

Aufgrund dieser klaren Regelung hat sich unseres Wissens bisher noch keine Krankenversicherung dem Risiko einer gerichtlichen Auseinandersetzung ausgesetzt und die Forderung nach vollständiger Erstattung abgelehnt, wenn sie entsprechend nachhaltig vertreten wurde.

Wir empfehlen Ihnen daher, auf der vollständigen Erstattung der Behandlungskosten zu bestehen und bei einer Weigerung Ihrer Krankenkasse, die Inanspruchnahme eines Rechtsbeistandes anzukündigen und ggf. Strafantrag zu stellen. Dies hat in der Vergangenheit bereits ausgereicht, um das Erstattungsverhalten zu ändern.

Erfahrungsgemäß werden Krankenkassen deutlich zugänglicher, sobald Sie Ihren Anspruch auf eine angemessene Behandlung deutlich vertreten oder das Risiko einer strafrechtlichen Ermittlung besteht.

Checkliste Unterlagen

- | | |
|--|--------------------------|
| Antrag auf außervertragliche Psychotherapie nach § 13 Abs. 3 SGB V | <input type="checkbox"/> |
| Befundbericht mit Empfehlung einer Akutbehandlung | <input type="checkbox"/> |
| Behandlungszusage | <input type="checkbox"/> |
| Telefonliste | <input type="checkbox"/> |

Achtung: Diese Informationen stellen keine Rechtsberatung dar. Diese kann ausschließlich ein Anwalt leisten. Ein Rechtsanspruch uns gegenüber kann daraus nicht abgeleitet werden. Bitte beachten Sie, dass es Ihnen obliegt, den Antrag ordnungsgemäß zu stellen.