

Praxis für Psychotherapie

Shannen Gade-Will

Psych. Psychotherapeutin (VT)

Eschersheimer Landstraße 26

60322 Frankfurt

Tel: 0175-5166758

E-Mail: info@praxis-gade-will.de

Checkliste Kostenerstattungsverfahren**Für GKV-Patient*innen**

Können die gesetzlichen Krankenversicherungen ihrem Versorgungsauftrag nicht gerecht werden, haben Patienten die Möglichkeit, einen Antrag auf Kostenerstattung zu stellen. Leider gibt es keine einheitlichen Regelungen für den Ablauf des Kostenerstattungsverfahrens und die dafür nötigen Unterlagen.

1. Schriftliche oder telefonische Klärung des Ablaufs des Kostenerstattungsverfahrens mit der eigenen Krankenkasse

- Wie läuft das Kostenerstattungsverfahren bei der spezifischen Krankenkasse ab?
- Welche Unterlagen werden benötigt? (Unterlagen zusenden lassen!)
- Wird eine „Notwendigkeitsbescheinigung“ benötigt und wer soll diese ausstellen (bspw. Hausarzt, Psychiater)
- Wie viele Ablehnungen / lange Wartezeiten braucht es?

➔ Dokumentation des Gesprächs mit Sachbearbeiter!

➔ Bleiben Sie beharrlich, wenn die Krankenkasse versucht ihnen Therapeutenlisten zu geben oder sie zu verweisen (Sie haben einen Rechtsanspruch, wenn Sie die Voraussetzungen nachweisen können)

Abhängig von der Krankenkasse können folgende Unterlagen erforderlich sein:

Antrag auf Kostenerstattung

Protokoll der Therapeutensuche sowie Nachweis der Kontaktierung der Terminservicestelle (TSS)

Bescheinigung einer Privatpraxis für Psychotherapie, dass kurzfristig ein Therapieplatz verfügbar ist

Formular PTV11 aus der psychotherapeutischen Sprechstunde mit Dringlichkeitsvermerk

2. Mitteilung an Psychotherapeutin in Privatpraxis

Teilen Sie die Informationen und Unterlagen mit mir als Psychotherapeutin in einer Privatpraxis. Hierbei geht es vor allem darum, dass Sie mich wissen lassen, was ihre Krankenkasse von meiner Seite aus benötigt. Senden Sie mir ggf. Unterlagen zu, so dass ich zeitnah meine Angaben machen kann.

Außerdem stelle ich Ihnen eine Bescheinigung aus über einen zeitnahen Therapieplatz, den Sie ihrem Antrag beilegen können.

3. Nachweis von Psychotherapie-Ablehnungen

Sie sollten mindestens 5 vertragsärztlich zugelassene Psychotherapiepraxen kontaktiert und eine Ablehnung bzw. zu lange Wartezeiten erhalten habe. Hierbei geht es um Wartezeiten zum frühestmöglichen Therapiebeginn und nicht bis zum Erstgespräch! Notieren Sie die Kontakte auf der beigefügten Liste.

4. Besuch beim Hausarzt oder Facharzt

Ärztlicher Konsiliarbericht: er bestätigt, dass keine körperliche Erkrankung vorliegt, die gegen eine Psychotherapie spricht und ob eine ärztliche Mitbehandlung erforderlich ist.

Ggf. Dringlichkeitsbescheinigung von einem Psychiater oder Hausarzt (Betonung der Notwendigkeit einer Psychotherapie)

5. Formlosen Antrag schreiben

Wenn alle Unterlagen vorhanden sind, nutzen Sie den unten aufgeführten formlosen, schriftlichen „Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie“. Legen Sie dem Antrag alle Dokumente bei.

6. Versand des Antrags an die Krankenkasse & Genehmigung durch die Krankenkasse

Die Krankenkasse hat i.d.R. 3 Wochen Zeit, um über den Antrag auf Kostenerstattung zu entscheiden. Wird der Antrag abgelehnt, können Sie Widerspruch einlegen. Laut Bundesgesundheitsministerium gelten die Anträge auf Kostenerstattung als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von 5 Wochen von der Krankenkasse entschieden werden.

Name:

Anschrift:

Versichertennummer:

Telefonnummer:

Email:

Name und Anschrift der Krankenkasse:

Antrag auf Kostenerstattung einer ambulanten Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V.

Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten einer Psychotherapie bei Frau Shannen Gade-Will gemäß § 13 Abs. 3 SGB V. Ich habe vergeblich versucht, einen Psychotherapeuten mit Kassensitz zu finden, der mir rechtzeitig einen freien Therapieplatz anbieten kann. Um einen Therapieplatz zu erhalten, müsste ich Monate warten. Dies ist in meinem Zustand unzumutbar. Die vergebliche Suche nach einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung können Sie dem beigelegten Protokoll entnehmen.

Frau Shannen Gade-Will ist Psychotherapeutin ohne Kassenzulassung in einem Richtlinienverfahren (VT) und verfügt über eine Approbation. Sie kann mir kurzfristig einen Psychotherapieplatz anbieten und hat mir dies in der beigelegten Bescheinigung bestätigt. Außerdem füge ich meinem Antrag die Bescheinigung eines Hausarztes/Facharztes/Psychotherapeuten bei, welcher die Dringlichkeit einer Psychotherapie bei mir bestätigt. Längere Wartezeiten oder Anfahrten sind nicht zumutbar. Sollten Sie meinen Antrag nicht bewilligen, so nennen Sie mir bitte innerhalb einer Woche einen Psychotherapeuten in der Nähe meines Wohnortes, der mir kurzfristig einen freien Therapieplatz anbieten kann. Ich bitte um eine möglichst schnelle Bearbeitung meines Antrages.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Protokoll zur Suche nach einem Psychotherapieplatz bei kassenzugelassenen Psychotherapeuten

Name:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Liste der von mir kontaktierten Psychotherapeuten (mind. 4-5):

	Name	Anschrift	Telefonnr	Datum, Uhrzeit	Wartezeit (frühestmöglicher Therapiebeginn, nicht EG)	Sonstiges
1.						
2.						
3.						
4.						

5.						
6.						

SGB V §13.3, 3a

(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 nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen, die durch einen Psychotherapeuten erbracht werden, sind erstattungsfähig, sofern dieser die Voraussetzungen des § 95c erfüllt.

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten 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 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.