



Die gesetzlichen Krankenkassen verweisen ihre Patienten normalerweise an Psychotherapeuten mit einem sogenannten „Kassensitz“ bzw. einer „Kassenzulassung“. Diese Vertragspsychotherapeuten haben eine Abrechnungsgenehmigung mit den gesetzlichen Krankenkassen. Daneben gibt es „Privatpraxen“, die vor allem privat Versicherte oder Selbstzahler behandeln (wie z. B. meine).

Da es jedoch nicht ausreichend freie Plätze bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung gibt, werden viele gesetzlich Versicherten in einer Privatpraxis behandelt. Hierbei greift das sogenannte „Kostenerstattungsverfahren“.

### **Psychotherapieplatz im Kostenerstattungsverfahren nach SGB V §13 Abs. 3**

Rechtsgrundlage:

„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. ....“ (§13 Abs. 3 SGB V)

Voraussetzungen: Bedarf an ambulanter Psychotherapie ist gegeben. Psychotherapie ist dringlich notwendig und außerdem nicht aufschiebbar. Innerhalb von zumutbarer Zeit und Entfernung ist kein Therapieplatz in einer Kassenpraxis verfügbar (Empfehlung: Wartezeiten von über 4-6 Wochen) und dies haben Sie protokolliert. Sie haben mindestens eine Psychotherapeutische Sprechstunde in einer Kassenpraxis besucht, Ihnen wurde das Formular PTV11 ausgehändigt, dort ist als Empfehlung ambulante Psychotherapie angekreuzt und die Dringlichkeit und Unaufschiebbarkeit ist vermerkt (keine Akuttherapie).

Dann stellen Sie gemeinsam mit mir einen Antrag auf Psychotherapie und auf Kostenerstattung. Diese Unterlagen müssen der Krankenkasse übermittelt werden:

- Formloser Antrag auf Psychotherapie und Kostenerstattung. Den Antrag als Einwurf-Einschreiben versenden oder persönlich bei Ihrer Krankenversicherung abgeben und quittieren lassen. (Später kann es auf den beweisbaren Zeitpunkt ankommen)
- Formular PTV11.
- Protokoll über Wartezeiten/ Absagen (Therapeut bzw. Therapeutin, Datum des Kontakts, Wartezeit).
- Ggf. ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung.
- Antrag der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten, ggf. bereits mit Qualifikationsnachweisen.

Ihre Krankenversicherung hat 3-5 Wochen Zeit, auf Ihren Antrag zu reagieren.