



Leitfaden für das Kostenerstattungsverfahren für gesetzlich Versicherte gemäß § 13 SGB V

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Mitgliedern innerhalb eines zumutbaren Zeitraumes den Beginn einer Psychotherapie im Rahmen eines Richtlinienverfahrens (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) zu ermöglichen. Als zumutbare Wartezeiten werden bei Kindern und Jugendlichen derzeit **höchstens sechs Wochen** angesetzt (vgl. BSG Az. 6 RKa 15/97).

Sind Ihre Bemühungen um einen Therapieplatz innerhalb dieses Zeitraumes bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gescheitert, können Sie von dem Kostenerstattungsverfahren gemäß § 13 SGB V Gebrauch machen.

Die Bewilligung des Kostenerstattungsverfahrens erfordert folgende Schritte:

1. Kontaktaufnahme mit Ihrer Krankenkasse

Sprechen Sie persönlich mit einem Sachbearbeiter der Krankenkasse und erfragen Sie, welche Erfordernisse die Bewilligung des Kostenerstattungsverfahrens voraussetzt

Grundsätzlich verhalten sich die Krankenkassen gegenüber dem Kostenerstattungsverfahren sehr zurückhaltend, häufig unmittelbar ablehnend. Bleiben Sie beharrlich! **Sie haben unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V einen Rechtsanspruch auf die Bewilligung des Kostenerstattungsverfahrens!**

Erfragen Sie, ob Sie eine Notwendigkeitsbescheinigung benötigen und von wem (Hausarzt oder Kinder- und Jugendlichenpsychiater) diese ausgestellt werden muss.

2. Erfolglose Therapieplatzsuche bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Nachdem Sie in unsere Praxis zeitnah einen freien Therapieplatz erhalten haben, nehmen Sie telefonischen Kontakt mit mindestens fünf vertragsärztlich niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapiepraxen in Ihrer Umgebung auf. Erfragen Sie bei diesen Praxen, zu welchem Zeitpunkt eine Richtlinien-Therapie (**nicht der Termin für ein Erstgespräch oder eine Akutsprechstunde**) begonnen werden kann. Notieren Sie sich in einer Tabelle den Namen der Praxis, das Anrufdatum, möglichst mit Uhrzeit sowie die Wartezeit bis zum möglichen Therapiebeginn.

3. Besuch bei Ihrem Haus-/ Kinder- / Facharzt

a) Notwendigkeits- oder Dringlichkeitsbescheinigung: Bitten Sie Ihren Hausarzt um eine Notwendigkeitsbescheinigung, aus der die Dringlichkeit einer



psychotherapeutischen Behandlung für Ihr Kind hervorgeht. Eine Formulierungshilfe stellen wir Ihnen gern zur Verfügung.

b) **Ärztlicher Konsiliarbericht**

Bitte Sie Ihren Arzt darüber hinaus um einen Konsiliarbericht. Darin wird bestätigt, dass keine körperliche Erkrankung vorliegt, die gegen eine psychotherapeutische Behandlung sprechen könnte und ob ggf. eine ärztliche Mitbehandlung erforderlich ist.

4. Formloser Antrag auf Kostenerstattung

Wenn Sie über alle notwendigen Unterlagen verfügen (Protokoll erfolglose Therapeutensuche (Vertragspsychotherapeuten), Notwendigkeitsbescheinigung, Konsiliarbericht) stellen Sie einen formlosen, schriftlichen „Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie“. In diesem führen Sie aus, dass Sie zeitnah keinen Therapieplatz für Ihr Kind bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden, in der Praxis Brandt . Zehendner die Behandlung jedoch sofort beginnen kann und verweisen auf Ihre Belege.

Beantragt wird in diesem Schreiben die „Bewilligung einer ambulanten Psychotherapie bei Dipl.- Päd., Dipl.- Jur. Rebecca Brandt oder Dipl.- Psych. Anne Zehendner“.

Dem Antrag fügen Sie Ihre Notwendigkeitsbescheinigung sowie Ihre dokumentierten Ablehnungen von den Vertragspsychotherapeuten bei.

Wir unterstützen Sie in diesem Prozess gern und stellen bei Bedarf eine Formulierungshilfe zur Verfügung.

5. Einreichung der Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse

Bitte reichen Sie nun alle Unterlagen bei Ihrer Krankenkasse ein, möglichst persönlich oder per Einschreiben.

6. Beantragung der Psychotherapie

Nachdem dieser Schritt erfolgt ist, senden wir Ihrer Krankenkasse ein Begleitschreiben zu.

7. Genehmigung des Antrags auf Kostenerstattung

Anträge auf Kostenerstattung gelten laut Bundesgesundheitsministerium als genehmigt, wenn sie nicht **innerhalb einer Frist von fünf Wochen** von der Krankenkasse beschieden werden.



Sollte Ihr Antrag abgelehnt werden, besteht für Sie die Möglichkeit, einen Widerspruch einzulegen. Auch in diesem Fall unterstützen wir Sie gern und stellen bei Bedarf eine Formulierungshilfe zur Verfügung.