**Widerspruch gegen die Ablehnung einer Psychotherapie über Kostenerstattung**

Absender

Adresse

Datum

Betr.: Ihr Aktenzeichen:

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen den Ablehnungsbescheid bezüglich meines Antrags auf Kostenerstattung einer Psychotherapie vom …………. lege ich hiermit

**W i d e r s p r u c h**

ein.

Begründung:

In Ihrem Schreiben vom ……………. weisen Sie darauf hin

1., dass vor Beginn der Psychotherapie eine Psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht werden muss, **oder**

2., dass die Terminservicestelle zur Vermittlung eines Psychotherapeuten/in einbezogen werden soll, **oder**

3., dass kein Notfall vorliege, **oder**

4., dass eine längere Wartezeit zumutbar sei, **oder**

5., dass LZT nicht erstattungsfähig i. S. d. § 13 Abs. 3 SGB V

und deshalb die Psychotherapie nicht bewilligt werde.

Zu den Punkten:

**1. Vor Beginn der Psychotherapie eine Psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht werden muss…**

Nach Änderung der Psychotherapie-Richtlinie versuchen die Krankenkassen unter Hinweis einer zunächst durchzuführenden Sprechstunde, Anträge abzulehnen. In diesem Fall kann auf die Argumentation der GKV mit der nachfolgenden Formulierung geantwortet werden:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Sitzungen am 16. Juni 2016 und 24. November 2016 beschlossen, dass die Regelungen nach § 11 Absatz 1 Satz 3 Psychotherapie-Richtlinie, nach denen Patientinnen und Patienten eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen hätten, bis zum 31.03.2018 ausgesetzt werden.

Hiernach ist eine Sprechstunde vor der Behandlung, etwa der Probatorik nach § 12 oder einer Richtlinientherapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie, nicht erforderlich.

Anders als Sie meinen, ist eine allgemeine Verpflichtung der Patientinnen und Patienten an einer Sprechstunde teilzunehmen, derzeit nicht erkennbar.

Die Sprechstunde dient einzig der diagnostischen Klärung und der Empfehlung weiterer Hilfen. Bei dieser Patientin/Patientin ist dagegen bereits eine krankheitswertige Störung indiziert und als Behandlungsmethode eine Richtlinienpsychotherapie empfohlen. Deshalb wird die hier beantragte Probatorik bzw. Richtlinientherapie als Krankenbehandlung dringend benötigt.

Die Sprechstundenregelung nach § 11 Psychotherapie Richtlinie hat unter keinerlei rechtlich denkbaren Gesichtspunkten etwaige Auswirkungen auf den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 3 SGB V.“

**2. Die Terminservicestelle zur Vermittlung eines Psychotherapeuten/in einbezogen werden soll …**

Nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte, Anlage 28 § 2a vermittelt die Terminservicestelle keine Richtlinienbehandlung und keine vorbereitende Probatorik, sondern nur Psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlungen. Eine Sprechstunde benötigt der/die Patient/in nicht, weil die diagnostische Klärung bereits stattgefunden hat mit dem Ergebnis, dass eine Richtlinientherapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie indiziert ist. Ebenso wenig benötigt der/die Patientin eine Akutbehandlung. Eine Akutbehandlung – ähnlich wie eine Notfallbehandlung, siehe Punkt 3. – ersetzt keine psychotherapeutische Richtlinientherapie, die im Falles des/der Patient/in erforderlich ist, sondern ist nur eine kurzfristige Intervention zur unmittelbaren Abwendung einer akuten Gesundheitsgefährdung des/der Patient/in. Vorliegend bedarf es aber der Durchführung einer Richtlinientherapie.

**3. Es liegt kein Notfall vor**

Gemäß § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) besteht ein Anspruch gesetzlich Krankenversicherter auf Kostenerstattung einer privat beschafften Behandlung, wenn ihre Krankenkasse die unaufschiebbare Leistung als Sachleistung nicht rechtzeitig erbringen konnte und die Behandlung notwendig war.

Es bedarf zunächst einmal keines „Notfalles“ für die Behandlung. Bereits eine dringliche Indikation für die psychotherapeutische Behandlung und fehlende Behandler/innen mit vertragspsychotherapeutischer Zulassung (Systemversagen) genügen. Eine “unaufschiebbare Leistung“ ist nicht dasselbe wie eine Notfallbehandlung, wie das Bundessozialgericht (BSG) ausgeführt hat:

§ 13 SGB V „erfasst nicht nur Notfälle im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, bei denen ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss. Unaufschiebbar kann auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn mit der Ausführung so lange gewartet wird, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann“; bzw., „dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann“ (BSG, Urteil vom 25. 9. 2000 - B 1 KR 5/99 R).

Damit ist klargestellt, dass die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V nicht primär auf Notfallsituationen zielt, sondern die Lücke bei „Systemversagen“ schließen soll, wenn es der Krankenkasse nicht gelingt, die rechtmäßig beanspruchte dringend notwendige Sachleistung für mich als Versicherte / Versicherten rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.

**4. Eine längere Wartezeit ist zumutbar**

Auch zur Frage, ein wie langes Warten auf eine Psychotherapie zugemutet werden darf, hat das BSG Stellung bezogen. In einem Vergleich hat es sich am 21.05.97 (- 6 R Ka 15/97 -) zu überlangen Wartezeiten dahin gehend geäußert, dass die zumutbare maximale Wartezeit auf eine Psychotherapie sechs Wochen bei Erwachsenen, im Einzelfall auch bis zu drei Monaten betrage, wenn dadurch keine akute Gesundheitsgefahr oder andere Beeinträchtigung der Patientin oder des Patienten zu erwarten ist. Bei Kindern und Jugendlichen hielt das BSG nur eine Wartezeit von 6 Wochen für hinnehmbar.

Psychotherapien gehören zum Sachleistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen, auf die bei Bedarf ein Anspruch besteht. Mit meinem Antrag vom …… auf Psychotherapie bei der/dem approbierten Dipl.-Psych. ….…..(Verfahren) zur Abrechnung über Kostenerstattung habe ich Ihnen neben den anderen Erfordernissen eine vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Dringlichkeits- und Notwendigkeitsbescheinigung vorgelegt, wonach eine psychotherapeutische Behandlung bei mir medizinisch-diagnostisch und dringlich indiziert ist. Die Therapeutin/der Therapeut hat des Weiteren bescheinigt, dass eine längere Wartezeit bei mir eine Chronifizierung zur Folge haben kann. Ein Abwarten länger als 6 Wochen darf daher von mir nicht verlangt werden, da eine akute Gesundheitsgefahr vorliegt.

Sie lehnten meinen Antrag bislang ab, ohne auf die Dringlichkeit der psychotherapeutischen Behandlung in meinem individuellen Fall einzugehen.

**5. Langzeittherapie ist nicht erstattungsfähig**

Die Behauptung, genehmigungspflichtige Psychotherapie sei als Langzeitbehandlung nie dringlich, ist laut meiner o.g. Behandlerin (d.h. fachlich) falsch. Die Dringlichkeit bezieht sich auf Art und Ausmaß der Symptomatik sowie auf die Dauer der Behandlung im Hinblick auf das hinter der Symptomatik liegende Störungsbild. Meines Wissens habe ich Anspruch auf die gleiche Art und Qualität von Psychotherapie wie sie von kassenzugelassenen Therapeuten durchgeführt wird. Daher sind auch hier die Regeln der Psychotherapierichtlinien anzuwenden. Der Anspruch auf eine Langzeitpsychotherapie, falls sie nötig ist, gehört dazu.

Ich hatte mich mit meinem Therapiebedarf bereits längere Zeit und ohne Erfolg an zugelassene Vertragspsychotherapeuten bzw. Vertragspsychotherapeutinnen gewendet. Es gilt meines Erachtens: Wenn in zumutbarer Zeit (s.o.) kein/e zugelassene/r Therapeut/in gefunden wird, der/die meine Behandlung übernehmen kann, darf ich dem Gesetze nach ausnahmsweise auch nicht zugelassene, approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufsuchen, wenn ich anderenfalls die dringend notwendige Therapie nicht erhalten kann. Ich habe mich sehr bemüht, in meinem Einzugsbereich eine/n behandlungsbereite/n Psychotherapeuten/tin zu finden. Die Liste meiner vergeblichen Versuche habe ich Ihnen bereits vorgelegt. Auch Ihre Hinweise auf weitergehende Therapeutenadressen konnten mir nicht helfen, weil auch dort eine Behandlungsaufnahme in gemäß BSG zumutbarer Wartezeit nicht zu erreichen war.

ANMERKIUNG: Gegebenenfalls hier weiter individuell ausführen, bzw. Nichtzutreffendes streichen.

Dagegen hat der/die nicht zugelassene Psychotherapeut/in Name, Adresse mir mögliche probatorische Sitzungen und eine umgehende Behandlungsaufnahme zugesagt. Ggf.: Ich habe zudem bereits feststellen können, dass die für eine erfolgreiche Behandlung notwendige Vertrauensbasis dort gegeben ist.

Für die weitergehende individuelle Überprüfung hat Frau/Herr Dipl.- Psych. *Name* im Rahmen des Widerspruchsverfahrens im verschlossenen Umschlag noch einmal die Gründe für die dringende Behandlungsnotwendigkeit bei mir für den Medizinischen Dienst dargestellt.

Abschließend möchte ich Sie freundlich/ herzlich/wohlgesonnen bitten, Ihre Ablehnung zurückzunehmen und mir die beantragte Psychotherapie bei Dipl.-Psych. …… über Kostenerstattung zu genehmigen. Ich sehe mich wirklich nicht in der Lage, auf professionelle Hilfe noch länger zu warten.

ANMERKUNG: Dies eventuell weiter individualisieren. Öfters werden z.B. Anträge erst nach Androhung von juristischem Beistand oder Kassenwechsel ernst genommen; dergleichen könnte noch eingefügt werden.

Zur Widerspruchsbegründung ist es in manchen Fällen erforderlich, das Gutachten des MDK anzufordern (mit Schweigepflichtsentbindung der/des Patient/in). Das Gutachten anzugreifen ist wegen einer möglichen Beweiswirkung in einem gerichtlichen Verfahren wichtig. Zudem ließe sich eine Zweitbegutachtung beantragen, bspw. wegen Verschlechterung der Situation der/des Patient/in.

Hilfreich können auch weitere fachärztliche Befunde sein.

Mit freundlichen Grüßen