

Hiernach ist eine Sprechstunde vor der Behandlung, etwa der Probatorik nach § 12 oder einer Richtlinienpsychotherapie 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. Richtlinienpsychotherapie 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.

Dieses Angebot der Psychotherapeutischen Sprechstunde mag hilfreich sein für Patienten/innen, bei denen noch keine ausführliche Diagnostik und Behandlungsplanung stattgefunden hat. In meinem Fall ist dieses aber bereits erfolgt. Ich bin schon seit Jahren in hausärztlicher und psychiatrischer Behandlung, dort wurde bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert und mir als weiterer Behandlungsschritt empfohlen, dringend eine Psychotherapie aufzunehmen. Das können Sie auch aus der Dringlichkeitsbescheinigung für eine Psychotherapie von Dr. entnehmen.

Eine Zweitsicht ist sicherlich immer hilfreich, bei meiner Krankengeschichte aber nicht mehr erforderlich. Hier könnte die Krankenkasse finanzielle Ressourcen sparen und diese gleich in meine Behandlung/Psychotherapie investieren.

2. Die Terminservicestelle zur Vermittlung eines Psychotherapeuten/in (Sprechstunde und Akutbehandlung) 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 Richtlinienpsychotherapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie indiziert ist (Siehe dazu Dringlichkeitsbescheinigung des Facharztes).

Ebenso wenig benötigt der/die Patientin eine Akutbehandlung. Eine Akutbehandlung – ähnlich wie eine Notfallbehandlung, siehe Punkt 3. – ersetzt keine psychotherapeutische Richtlinienpsychotherapie, die im Falle des/der Patient/in erforderlich ist, sondern ist nur eine kurzfristige Intervention zur unmittelbaren Abwendung einer akuten Gesundheitsgefährdung des/der Patient/in.

Den Vorschlag, eine durch die Terminservicestelle vermittelte Akutbehandlung aufzunehmen, lehne ich ausdrücklich ab. Ich benötige keine Akutbehandlung, sondern endlich die bereits mehrfach dringlich, vom Haus- und Facharzt und vom Psychotherapeuten angeratene Richtlinienpsychotherapie. Eine Vermittlung einer Akutbehandlung über die Terminservicestelle ist deshalb überflüssig und verzögert nur den möglichen Beginn einer für mich adäquaten Behandlung.

Die Akutbehandlung unterscheidet sich grundsätzlich von der für mich notwendigen Richtlinienpsychotherapie. Nach dem Text der Richtlinie dient die Akutbehandlung zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung einer psychischen Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patientinnen oder Patienten von akuter Symptomatik ...

zu entlasten, ... ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik ... ausgerichtet, ... dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände. Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Richtlinienpsychotherapie vorbereitet sind oder dass sie andere Behandlungsmaßnahmen wahrnehmen können.

Das alles ist für mich nicht notwendig, ich brauche nicht auf eine Psychotherapie mehr vorbereitet zu werden, sondern eine Psychotherapie ist bei mir klar indiziert und könnte gleich beginnen, so können Sie es auch den Schreiben der Fachärzte entnehmen.

Ich benötige eine verlässliche Psychotherapie, in der die Ursachen meiner Probleme aufgearbeitet werden und Lösungsstrategien entwickelt und erprobt werden können. Eine Akutbehandlung, die vom Ziel nicht der Aufarbeitung dient und nur mit max. 12 h im Jahr konzipiert ist, ist hier absolut keine Alternative. Ich sehe all das nur als Hinauszögerungstaktik um die eigentliche Behandlung nicht zu beginnen. Das kommt für mich absolut nicht in Frage. Vorliegend bedarf es der Durchführung einer Richtlinien-therapie.

3. Es liegt kein Notfall vor

Gemäß § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) **besteht ein Anspruch** gesetzlich Krankensversicherter 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 dahingehend 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 sei. 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 in der Privatpraxis bei der/dem approbierten Dipl.-Psych. (Verfahren, ggf. Arztregistereintragsnummer:) 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 Psychotherapeutin/der Psychotherapeut 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/laut des o.g. Behandlers (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 approbierten Psychotherapeuten durchgeführt wird. Daher sind auch hier die Regeln analog der Psychotherapie-Richtlinie anzuwenden. Der Anspruch auf eine Langzeitpsychotherapie, falls sie nötig ist, gehört ebenfalls 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 Bundessozialgericht zumutbarer Wartezeit nicht zu erreichen war.

ANMERKUNG: *Es kann hilfreich sein, hier weiter individuell auszuführen, bzw. Nichtzutreffendes zu 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 Widerspruchsbeurteilung 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