

Widerspruch gegen die Ablehnung der Kostenerstattung für eine ambulante Psychotherapie

Vorlage zur individuellen Anpassung

1. Hinweise zur Verwendung

Diese Vorlage unterstützt Sie dabei, einen Widerspruch gegen die Ablehnung Ihres Antrags auf Kostenerstattung für eine ambulante Psychotherapie individuell zu formulieren.

Bitte beachten Sie die im Ablehnungsbescheid genannte Widerspruchsfrist.

Läuft die Frist zeitnah ab, können Sie zunächst den fristwahrenden Widerspruch verwenden.

Die ausführliche Begründung können Sie anschließend nachreichen.

Verwenden Sie ausschließlich die Textbausteine,

die zu Ihrem Ablehnungsbescheid und Ihrer persönlichen Situation passen.

Ergänzen Sie die gekennzeichneten Stellen um Ihre persönlichen Angaben und entfernen Sie alle Passagen, die auf Ihren Fall nicht zutreffen.

Für die Beurteilung Ihres Widerspruchs sind insbesondere der fachlich festgestellte Behandlungsbedarf, Ihre dokumentierten Bemühungen um einen Therapieplatz im vertragspsychotherapeutischen Versorgungssystem und die konkret bestehende Behandlungsmöglichkeit in einer psychotherapeutischen Privatpraxis von Bedeutung.

Diese Vorlage dient der Unterstützung bei der Formulierung eines individuellen Widerspruchs.

Sie ersetzt keine sozialrechtliche Beratung im Einzelfall.

So verwenden Sie diese Vorlage

1. Prüfen Sie die Widerspruchsfrist.
2. Verwenden Sie bei Bedarf zunächst den fristwahrenden Widerspruch.
3. Passen Sie die ausführliche Begründung an Ihre persönliche Situation an.
4. Ergänzen Sie nur die Begründungsmodule, die zu Ihrem Ablehnungsbescheid passen.
5. Fügen Sie die erforderlichen Unterlagen bei.
6. Senden Sie den Widerspruch fristgerecht an Ihre Krankenkasse.

2. Fristwahrender Widerspruch

Hinweis

Verwenden Sie diese Vorlage, wenn die Widerspruchsfrist bald endet und Sie Ihre ausführliche Begründung noch nicht fertigstellen konnten. Die Begründung können Sie später nachreichen.

Absender:in

[Vorname Nachname]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[Versichertennummer]

An

[Name der Krankenkasse]

[Anschrift]

[Ort], [Datum]

Betreff: Widerspruch gegen Ihren Ablehnungsbescheid vom [Datum]

Versichertennummer: [Nummer]

Aktenzeichen: [falls vorhanden]

Sehr geehrte Lesende,

hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen Ihren Ablehnungsbescheid vom [Datum] ein.

Die ausführliche Begründung meines Widerspruchs sowie gegebenenfalls weitere Unterlagen werde ich zeitnah nachreichen.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung des Eingangs meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

[Vorname Nachname]

3. Ausführliche Begründung meines Widerspruchs

Absender:in

[Vorname Nachname]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[Versichertennummer]

An

[Name der Krankenkasse]

[Anschrift]

[Ort], [Datum]

Betreff: Begründung meines Widerspruchs gegen den Ablehnungsbescheid vom [Datum]

Versichertennummer: [Nummer]

Aktenzeichen: [falls vorhanden]

Sehr geehrte Lesende,

mit Schreiben vom [Datum] haben Sie meinen Antrag auf Kostenerstattung für eine ambulante Psychotherapie in einer psychotherapeutischen Privatpraxis abgelehnt.

Hinweis

Falls Sie bereits einen fristwahrenden Widerspruch eingereicht haben, verwenden Sie den ersten Satz.

Falls Sie diese Vorlage unmittelbar nutzen, verwenden Sie den zweiten Satz.

Gegen diese Entscheidung habe ich am [Datum] fristgerecht Widerspruch eingelegt. Diesen begründe ich nachfolgend.

Alternativ: Hiermit lege ich gegen Ihren Ablehnungsbescheid vom [Datum] Widerspruch ein und begründe diesen wie folgt.

Fachlich festgestellter Behandlungsbedarf

Die Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie wurde in meinem Fall fachlich festgestellt und dokumentiert.

Am [Datum] habe ich eine psychotherapeutische Sprechstunde bei [Name der Psychotherapeut:in / Praxis] wahrgenommen. In dieser wurde die Notwendigkeit meiner Behandlung fachlich festgestellt.

Die Individuelle Patient:inneninformation (PTV 11) füge ich diesem Widerspruch als Anlage bei.

Hinweis

Falls zutreffend: Auf der PTV 11 wurde zusätzlich die zeitliche Dringlichkeit der Behandlung dokumentiert.

Hinweis

Falls weitere Unterlagen vorliegen: Die Behandlungsnotwendigkeit beziehungsweise Dringlichkeit ergibt sich darüber hinaus aus der beigefügten [ärztlichen Stellungnahme / psychotherapeutischen Stellungnahme / dem Entlassungsbericht] vom [Datum].

Meine Suche nach einem Therapieplatz

Nach der fachlichen Feststellung meines Behandlungsbedarfs habe ich mich intensiv um einen Therapieplatz bei Psychotherapeut:innen mit Kassenzulassung bemüht.

Im Zeitraum vom [Datum] bis [Datum] habe ich insgesamt [Anzahl] Praxen kontaktiert.

Die Rückmeldungen umfassten insbesondere:

[fehlende Behandlungskapazitäten]

[Aufnahmestopps]

[Wartezeiten von [Monaten]]

[Absagen]

[ausbleibende Rückmeldungen trotz mehrfacher Kontaktversuche während telefonischer Sprechzeiten]

Mein beigefügtes Suchprotokoll dokumentiert sämtliche Kontaktversuche, die jeweiligen Rückmeldungen und genannte Wartezeiten und ermöglicht die konkrete Prüfung meiner individuellen Versorgungssituation.

Hinweis

Falls seit Antragstellung weitere Kontaktversuche erfolgt sind: Seit Einreichung meines Antrags habe ich meine Therapieplatzsuche fortgesetzt. Weitere Kontaktversuche und deren Ergebnisse habe ich ebenfalls dokumentiert und meinem Widerspruch beigefügt.

Kontakt mit der Terminservicestelle (116117)

Hinweis

Diesen Abschnitt nur verwenden, wenn Sie die Terminservicestelle tatsächlich kontaktiert haben. Dokumentieren Sie möglichst Datum, Uhrzeit und Ergebnis der Kontaktaufnahme.

Am [Datum] wandte ich mich an die Terminservicestelle unter 116117.

Das Ergebnis meiner Kontaktaufnahme war:

[Verlauf eintragen.]

Falls ein Termin vermittelt wurde: Im Anschluss an den vermittelten Termin konnte mir kein Therapieplatz für die erforderliche ambulante Psychotherapie angeboten werden.

Gegebenenfalls teilte mir die Praxis mit: [...]

Die Vermittlung eines einzelnen Termins bedeutet nicht, dass anschließend ein Therapieplatz für die erforderliche ambulante Psychotherapie zur Verfügung steht. Maßgeblich ist, ob die notwendige **Behandlung** innerhalb einer angemessenen Zeit tatsächlich aufgenommen werden kann.

Konkrete Behandlungsmöglichkeit in der Privatpraxis

In der Privatpraxis von Frau Dipl.-Psych. Christine Will besteht für meinen konkreten Behandlungsbedarf eine zeitnahe Behandlungsmöglichkeit.

Frau Dipl.-Psych. Christine Will ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin, verfügt über die Fachkunde im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie und ist im Ärzt:innenregister der Kassenärzt:innenlichen Vereinigung Berlin eingetragen. Sie erfüllt damit die fachlichen Voraussetzungen zur Durchführung der beantragten und notwendigen ambulanten Psychotherapie.

Die Bestätigung der konkreten Behandlungsmöglichkeit sowie die erforderlichen Qualifikationsnachweise füge ich diesem Widerspruch als Anlagen bei.

Rechtliche Grundlage meines Antrags

In meinem Fall besteht ein fachlich festgestellter Behandlungsbedarf.

Trotz meiner dokumentierten Bemühungen konnte ich innerhalb einer angemessenen Zeit keinen Therapieplatz bei einer Psychotherapeut:in mit Kassenzulassung erhalten.

In der Privatpraxis von Frau Dipl.-Psych. Christine Will besteht jedoch eine konkrete und zeitnahe Behandlungsmöglichkeit.

Vor diesem Hintergrund beantrage ich die Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 3 SGB V.

Die Vorschrift sieht unter den gesetzlichen Voraussetzungen eine Kostenerstattung vor, wenn eine notwendige Leistung nicht rechtzeitig als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden konnte.

Die beigefügten Unterlagen dokumentieren den fachlich festgestellten Behandlungsbedarf, meine umfangreichen Bemühungen um einen Therapieplatz, die Ergebnisse meiner Suche sowie die konkret bestehende Behandlungsmöglichkeit.

Vor diesem Hintergrund beantrage ich, den Ablehnungsbescheid aufzuheben und die Kosten der beantragten ambulanten Psychotherapie im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens zu übernehmen.

Bitte teilen Sie mir mit, falls für Ihre erneute Prüfung meines Antrags weitere Unterlagen erforderlich sind.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

[Vorname Nachname]

Anlagen

Erforderliche Unterlagen

- ☐ Ablehnungsbescheid der Krankenkasse
- ☐ Individuelle Patient:inneninformation (PTV 11)
- ☐ Suchprotokoll zur Therapieplatzsuche
- ☐ Bestätigung der konkreten Behandlungsmöglichkeit
- ☐ Qualifikationsnachweise von Frau Dipl.-Psych. Christine Will

Weitere Unterlagen, sofern vorhanden

- ☐ Dokumentation des Kontakts mit der Terminservicestelle (116117)
- ☐ ärztliche oder psychotherapeutische Stellungnahme zur Behandlungsnotwendigkeit oder Dringlichkeit
- ☐ Entlassungsbericht oder weitere medizinische Unterlagen
- ☐ sonstige Anlagen: _____

4. Ergänzende Begründungsmodule

Die folgenden Module greifen häufige Ablehnungsgründe auf. Wählen Sie nur diejenigen Textbausteine aus, die zu Ihrem Ablehnungsbescheid und Ihrer persönlichen Situation passen.

Ergänzen Sie die gekennzeichneten Stellen um Ihre persönlichen Angaben.

Entfernen Sie alle Passagen, die auf Ihren Fall nicht zutreffen.

Kombinieren Sie mehrere Module nur dann, wenn Ihr Ablehnungsbescheid mehrere Gründe nennt.

Entfernen Sie anschließend Wiederholungen, damit ein zusammenhängender Widerspruch entsteht.

Modul 1

Kein Notfall oder keine ausreichende Dringlichkeit

Wann verwenden? wenn die Krankenkasse Ihren Antrag damit ablehnt, es liege kein akuter medizinischer Notfall oder keine ausreichende Dringlichkeit vor.

In Ihrem Ablehnungsbescheid führen Sie aus, dass [Begründung der Krankenkasse].

Für die Beurteilung meines Antrags ist nicht allein entscheidend, ob ein akuter medizinischer Notfall vorliegt. Maßgeblich ist vielmehr, ob die notwendige ambulante Psychotherapie innerhalb einer angemessenen Zeit tatsächlich verfügbar ist.

Die Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie wurde in meinem Fall fachlich festgestellt und dokumentiert.

Falls zutreffend: Zusätzlich wurde auf der PTV 11 die zeitliche Dringlichkeit der Behandlung dokumentiert.

Trotz meiner dokumentierten Bemühungen konnte mir rechtzeitig kein Therapieplatz bei einer Psychotherapeut:in mit Kassenzulassung angeboten werden.

Mein fachlich festgestellter Behandlungsbedarf und die dokumentierte Versorgungssituation sind bei der erneuten Entscheidung zu berücksichtigen.

Passende Unterlagen

- ☐ PTV 11
- ☐ Suchprotokoll
- ☐ ärzt:innenliche oder psychotherapeutische Stellungnahme, sofern vorhanden

Modul 2

Die Therapieplatzsuche wird als nicht ausreichend bewertet

Wann verwenden? wenn die Krankenkasse Ihre Bemühungen um einen Therapieplatz als nicht ausreichend bewertet.

In Ihrem Ablehnungsbescheid führen Sie aus, meine Therapieplatzsuche sei nicht ausreichend gewesen.

Meine Therapieplatzsuche ist im beigefügten Suchprotokoll vollständig dokumentiert.

Es enthält sämtliche kontaktierten Praxen, Zeitpunkte und Wege der Kontaktaufnahme, die jeweiligen Rückmeldungen, mitgeteilte Wartezeiten sowie erfolglose Kontaktversuche während der telefonischen Sprechzeiten.

Im Zeitraum vom [Datum] bis [Datum] habe ich insgesamt [Anzahl] Praxen kontaktiert.

[Soweit nach Einreichung meines ursprünglichen Antrags weitere Kontaktversuche erfolgt sind:]

Ich habe weitere seither erfolgte Kontaktversuche dokumentiert und diesem Widerspruch beigefügt.

Die Beurteilung der Versorgungssituation muss sich an den tatsächlichen Ergebnissen meiner Therapieplatzsuche orientieren und nicht ausschließlich an einer bestimmten Anzahl kontaktierter Praxen.

Die beigefügte Dokumentation belegt die tatsächliche Versorgungssituation in meinem individuellen Fall.

Passende Unterlagen

- ☐ Suchprotokoll
- ☐ ergänzte Dokumentation weiterer Kontaktversuche

Modul 3

Verweis auf die Terminservicestelle (116117)

Wann verwenden? wenn die Krankenkasse auf die Terminservicestelle verweist.

Variante A: Die Terminservicestelle wurde bereits genutzt

Ich habe mich am [Datum] an die Terminservicestelle unter 116117 gewandt.

Das Ergebnis meiner Kontaktaufnahme war: [Verlauf eintragen.]

Auch über die Terminservicestelle konnte mir kein Therapieplatz für die erforderliche ambulante Psychotherapie angeboten werden.

Für die Beurteilung meines Antrags ist daher das tatsächliche Ergebnis meiner Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle maßgeblich.

Variante B: Es wurde ein einzelner Termin, aber kein Therapieplatz vermittelt

Über die Terminservicestelle wurde mir am [Datum] eine psychotherapeutische Sprechstunde beziehungsweise eine probatorische Sitzung vermittelt.

Im Anschluss daran konnte mir kein Therapieplatz für die erforderliche ambulante Psychotherapie angeboten werden.

Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen dienen der diagnostischen Abklärung, der Indikationsstellung und der Behandlungsplanung.

Sie stellen noch keine ambulante Psychotherapie dar.

Entscheidend ist daher nicht, ob einzelne Termine stattgefunden haben, sondern ob die erforderliche ambulante Psychotherapie tatsächlich aufgenommen werden konnte.

Passende Unterlagen

- ☐ Dokumentation des Kontakts mit der Terminservicestelle
- ☐ gegebenenfalls Terminbestätigung oder Rückmeldung der Praxis

Modul 4

Verweis auf benannte Vertragspsychotherapeut:innen

Wann verwenden? Wenn Ihre Krankenkasse konkrete Vertragspsychotherapeut:innen oder Praxislisten nennt und davon ausgeht, dass dort eine Behandlung verfügbar sei.

In Ihrem Ablehnungsbescheid beziehungsweise Ihrem Schreiben vom [Datum] verweisen Sie auf die folgenden Praxen. Ich habe diese im Zeitraum vom [Datum] bis [Datum] kontaktiert.

Praxis	Ergebnis der Kontaktaufnahme
[Praxis]	[Ergebnis]
[Praxis]	[Ergebnis]
[Praxis]	[Ergebnis]

Die Benennung möglicher Vertragspsychotherapeut:innen ersetzt nicht den Nachweis einer tatsächlich verfügbaren Behandlungsmöglichkeit.

Auch die von Ihnen benannten Praxen konnten mir keinen Therapieplatz für die erforderliche ambulante Psychotherapie anbieten. Für die erneute Entscheidung ist daher die konkrete Versorgungssituation in meinem individuellen Fall maßgeblich.

Passende Unterlagen

- ☐ Dokumentation der Kontaktaufnahme mit den benannten Praxen

Modul 5

Ablehnung wegen fehlender Kassenzulassung

Wann verwenden? wenn die Krankenkasse die Ablehnung damit begründet, dass Frau Dipl.-Psych. Christine Will nicht an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnimmt.

Frau Dipl.-Psych. Christine Will ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin und verfügt über die Fachkunde im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie und eine Eintragung in das Ärzt:innenregister der KV-Berlin. Damit erfüllt sie die fachlichen Voraussetzungen zur Durchführung der beantragten ambulanten Psychotherapie.

Für meinen konkreten Behandlungsbedarf besteht in Ihrer Praxis eine konkrete und zeitnahe Behandlungsmöglichkeit.

Die fehlende Kassenzulassung betrifft ausschließlich die Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Sie trifft keine Aussage über die fachliche Qualifikation der Behandlerin.

Gerade für Konstellationen, in denen eine notwendige psychotherapeutische Behandlung im vertragspsychotherapeutischen Versorgungssystem nicht rechtzeitig verfügbar ist, sieht § 13 Absatz 3 SGB V unter den gesetzlichen Voraussetzungen die Möglichkeit einer Kostenerstattung vor.

Die dokumentierte Versorgungssituation und die konkret bestehende Behandlungsmöglichkeit sind bei der erneuten Entscheidung zu berücksichtigen.

Passende Unterlagen

- ☐ Bestätigung der Behandlungsmöglichkeit
- ☐ Approbationsurkunde beziehungsweise Qualifikationsnachweise
- ☐ Suchprotokoll

Modul 6

Vermittelte Termine ohne anschließenden Therapieplatz

Wann verwenden? wenn die Krankenkasse auf eine psychotherapeutische Sprechstunde oder probatorische Sitzungen verweist, obwohl keine anschließende Behandlung möglich war.

Die von Ihnen benannten oder vermittelten Termine haben in meinem Fall nicht dazu geführt, dass die erforderliche ambulante Psychotherapie aufgenommen werden konnte.

[Hier den tatsächlichen Verlauf eintragen.]

Psychotherapeutische Sprechstunden dienen der diagnostischen Abklärung. Probatorische Sitzungen dienen unter anderem der Indikationsprüfung, Behandlungsplanung und Prüfung der therapeutischen Zusammenarbeit.

Diese Termine stellen noch keine kontinuierliche ambulante Psychotherapie dar und ersetzen keinen verfügbaren Therapieplatz.

Auch nach Abschluss dieser diagnostischen Schritte stand weiterhin kein Therapieplatz für die erforderliche ambulante Psychotherapie zur Verfügung.

Entscheidend ist daher nicht, ob einzelne Termine stattgefunden haben, sondern ob die erforderliche ambulante Psychotherapie tatsächlich aufgenommen werden konnte.

Passende Unterlagen

- ☐ Dokumentation der vermittelten Termine
- ☐ Rückmeldung der Praxis zur fehlenden Behandlungskapazität

Modul 7

Die Qualifikation der Psychotherapeutin wird hinterfragt

Wann verwenden? wenn die Krankenkasse die fachliche Qualifikation von Frau Dipl.-Psych. Christine Will infrage stellt oder weitere Nachweise anfordert.

Frau Dipl.-Psych. Christine Will erfüllt die fachlichen Voraussetzungen zur Durchführung der beantragten ambulanten Psychotherapie.

Sie ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin
verfügt über die Fachkunde im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie
und ist im Ärzt:innenregister der Kassenärzt:innenlichen Vereinigung Berlin eingetragen.

Die Approbation und die Fachkunde begründen die fachliche Qualifikation zur Behandlung psychischer Erkrankungen.

Die Kassenzulassung ist hiervon zu unterscheiden.

Sie betrifft ausschließlich die Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

Die entsprechenden Qualifikationsnachweise [wurden bereits mit meinem Antrag eingereicht / liegen diesem Widerspruch erneut als Anlagen bei].

Sollten für Ihre Entscheidung weitere Nachweise erforderlich sein, bitte ich um einen entsprechenden Hinweis.

Passende Unterlagen

- ☐ Approbationsurkunde
- ☐ Fachkundenachweis Verhaltenstherapie
- ☐ weitere angeforderte Nachweise

5. Vor dem Versand Ihres Widerspruchs

Bitte prüfen Sie vor dem Versand, ob Sie alle persönlichen Angaben ergänzt, nur die passenden Module übernommen und alle relevanten Unterlagen beigelegt haben.

Erforderliche Unterlagen

- ☐ Ablehnungsbescheid der Krankenkasse
- ☐ Individuelle Patient:inneninformation (PTV 11)
- ☐ Suchprotokoll zur Therapieplatzsuche
- ☐ Bestätigung der konkreten Behandlungsmöglichkeit
- ☐ Qualifikationsnachweise von Frau Dipl.-Psych. Christine Will

Zusätzliche Unterlagen, sofern vorhanden

- ☐ Dokumentation des Kontakts mit der Terminservicestelle (116117)
- ☐ ärztliche oder psychotherapeutische Stellungnahme
- ☐ Entlassungsbericht oder weitere medizinische Unterlagen
- ☐ individuelle Ergänzungen zum eigenen Behandlungsverlauf

Abschließender Hinweis

Diese Vorlage dient der Unterstützung bei der Formulierung eines individuellen Widerspruchs. Bitte passen Sie sämtliche Textbausteine an Ihre persönliche Situation und den Inhalt Ihres Ablehnungsbescheids an.

Nicht zutreffende Passagen können entfernt werden.

Die Vorlage ersetzt keine sozialrechtliche Beratung im Einzelfall.