

Das Kostenerstattungsverfahren – Ein weiter(er) Weg zur Therapie

Praktische Handreichung und Informationen

Bevor ich Ihnen eine hoffentlich verständliche Anleitung zur Orientierung im Kostenerstattungsverfahren bereitstelle, möchte ich an dieser Stelle deutlich machen, dass ich dem Prozedere mit gemischten Gefühlen gegenüberstehe. Zum einen begrüße ich die Möglichkeit, dass mehr Menschen in Not an einen Psychotherapieplatz gelangen können. Zum anderen empfinde ich den Umfang an Aufwand, den eine belastete Person in Kauf nehmen muss, um überhaupt erst einmal mit der häufig ebenfalls anstrengenden Therapie zu beginnen, als unzumutbar. Natürlich möchte ich Ihnen nicht gleich zu Beginn den Wind aus den Segeln nehmen, aber ich möchte den außerordentlichen Kraftakt unterstreichen, der mitunter nötig ist, um sich sein Recht auf eine angemessene psychotherapeutische Behandlung zu erstreiten.

Wenn Sie keiner privaten Krankenversicherung angehören und eine Therapie auf Selbstzahler*innenbasis nicht möglich ist, haben Sie laut Gesetzgeber die Möglichkeit auf ein Kostenerstattungsverfahren. Durch das Kostenerstattungsverfahren wird es gesetzlich Versicherten ermöglicht, einen Therapieplatz bei einer Privaten Psychotherapeut*in zu erhalten. Die Gesetzlichen Krankenversicherungen sind verpflichtet, entstandene Kosten in Ausnahmefällen, in denen Betroffene keinen Platz für eine zeitnah erforderliche Psychotherapie finden, auch bei nicht kassenzugelassenen Psychotherapeut*innen zu erstatten (§13 Abs.3 SGB V). Gerichte lehnen Wartezeiten auf Behandlungsplätze, die über 6 Wochen hinausgehen, meist als unzumutbar ab (Bundessozialgericht – BSG, Az.: 6 R KA 15/97). Auch sind Patient*innen nicht mehr als 5 Anfragen bei Vertragsbehandler*innen zuzumuten.

Die Realität für Betroffene psychischer Belastungen und Erkrankungen sieht oft weitaus strapaziöser aus. So stellen sich Krankenkassen trotz gesetzlicher Grundlage mitunter quer, die notwendigen Kosten einer Behandlung (in vollem Umfang) zu übernehmen. Aber auch hier steigert sich der Druck auf die Gesetzlichen Krankenkassen stetig.

Schritt für Schritt

1. Schritt

- Termin für eine **Psychotherapeutische Sprechstunde** vereinbaren
- Dafür z.B. die Telefonnummer **116 117** der Kassenärztlichen Vereinigung anrufen
- Auch **online** möglich
 - Wählen Sie aus, dass Sie keinen **Vermittlungscode** haben (wenn dem so ist)
 - **Fachrichtung: „Psychoth. Sprechstunde Erwachsene“**
- Psychologische Sprechstunde wahrnehmen
 - Sie haben Glück und bekommen einen Therapieplatz bei der jeweiligen Therapeut*in und möchten die Therapie antreten

ODER

- Kein Therapieplatz: Lassen Sie sich das **Formular PTV11** („Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde“) aushändigen. Darauf muss stehen, dass:
 - Sie eine ambulante Psychotherapie benötigen, tiefenpsychologisch fundiert
 - Die Therapie nicht in der Praxis der Therapeut*in durchgeführt werden kann
 - Therapiebeginn „**zeitnah erforderlich**“ ist (→ Dringlichkeitscode)

2. Schritt

- Kontaktieren Sie mit dem **Dringlichkeitscode** des Formulars **PTV11** abermals den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter **116 117**
- Oder online
 - Dringlichkeitscode eingeben, Fachrichtung „Psychologischer Psychotherapeut“
- Wenn Ärztlicher Bereitschaftsdienst keinen Termin nennen kann → **Datum und Uhrzeit des Anrufes notieren, gegebenenfalls Name der Bearbeiter*in bzw. Aufrufes der Website**
- Termin zu Probatorischen Sitzungen erhalten & besuchen
 - Entweder Sie bekommen innerhalb von **maximal 3 Monaten** in der entsprechenden Therapiepraxis einen Therapieplatz

- Achtung Fallstrick: **Erstgespräch bedeutet nicht gleich Therapieplatz (wichtig ist der *Behandlungsbeginn*)**

ODER

- Kein Therapieplatz: **Datum und Therapeut*in dokumentieren**

3. Schritt

- Dokumentieren Sie alle vergeblichen Therapieplatzanfragen bei kassenniedergelassenen Therapeut*innen (keine Privatpraxen)
- Sammeln Sie von mehreren kassenniedergelassenen Therapeut*innen negative Rückmeldungen (schreiben Sie sich Name, Adresse der Therapeut*in und Kontaktdaten auf, gegebenenfalls noch mehr Details, wie „keine Aufnahme auf der Warteliste möglich“)
- Senden Sie mir das Formular **PTV 11** und die ausgefüllte Therapeut*innenliste mit den notierten probatorischen Sitzungen an: kontakt@psychotherapie-markuske.de

Checkliste, der notwendigen Unterlagen

✓ **Protokoll der vergeblichen Suche** nach einer kassenniedergelassenen Psychotherapeut*in

(keine Privatpraxen)

✓ **Formular PTV 11**

- Darauf muss Bedarf nach ambulanter Psychotherapie (bestenfalls tiefenpsychologisch fundiert (TP)) vermerkt sein
- Angegeben sein, dass eine Therapie bei Psychotherapeut*in, die PTV 11 ausgefüllt hat, nicht möglich ist
- Therapiebeginn „zeitnah erforderlich“ ist (→ Dringlichkeitscode)

✓ **Fachärztliche Dringlichkeitsbescheinigung und Konsiliarbericht** zur Aufnahme einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie (von der behandelnden Hausärzt*in, gegebenenfalls von Psychiater*in)

✓ **Abtretungsvereinbarung:** damit kann ich eine direkte Kostenerstattung mit Ihrer Krankenkasse vornehmen. Sie würden dadurch keine Honorarforderungen von mir erhalten, welche sie im Nachhinein erst von Ihrer Krankenkasse erstattet bekommen würden

✓ **Qualifikationsnachweise der Psychotherapeutin** (Approbationsurkunde, Zeugnis, Arztregisterauszug) schicke ich Ihnen auf Anfrage zu, wenn die anderen Unterlagen vollständig vorliegen

✓ Antrag auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V für eine ambulante Psychotherapie (den erhalten Sie von mir, wenn alle anderen Unterlagen vollständig vorliegen)

Sie haben alle Unterlagen eingereicht?

Wie geht es weiter?

Die Krankenkassen haben nach eingegangenem Antrag 3 Wochen Zeit (sollte der Medizinische Dienst der Krankenkassen hinzugezogen werden, 5 Wochen), um den Antrag zu bewilligen oder abzulehnen. Erhalten Sie bis zum Ablauf dieser Zeit keine Rückmeldung, kann die Therapie als bewilligt betrachtet werden.

Kostet mich die Behandlung in einer Privatpraxis trotz bewilligter Kostenerstattung etwas?

Kassenniedergelassene Psychotherapeut*innen können die Therapie nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Kassenärztliche Versorgung (EBM) abrechnen. In einer Privatpraxis für Psychotherapie muss über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. Leider unterscheiden sich die Honorarsätze beider Gebührenordnungen zum Teil deutlich voneinander.

Das bedeutet, dass die in aller Regel angewandten Gebührenfaktoren bei der Abrechnung zwischen dem 1,8 bzw. 2,3-fachen und 3,5-fachen Steigerungssatz der Positionen der GOÄ liegen. Der genaue Steigerungssatz ist von Behandlungsfall zu Behandlungsfall verschieden und kann auch innerhalb eines Behandlungsfalles steigen bzw. sich verringern.

Nach § 13 Abs. 3 SGB V sind die Krankenkassen **gesetzlich verpflichtet, den vollen Kostensatz** nach der jeweiligen Gebührenordnung, der die Psychotherapeut*in unterliegt, zu bezahlen.

Also keine zusätzlichen Kosten?

In der Realität übernehmen manche Krankenversicherungen jedoch lediglich die Kosten in Höhe des EBM oder der GOP im 1,0-fachen Satz. Das ist gesetzlich so nicht vorgesehen. In diesem Fall sollte zur Sicherstellung der vollen Kostenübernahme innerhalb eines Monats ein Widerspruchsverfahren eingeleitet werden. Bleibt es bei der Weigerung seitens der Krankenkasse, muss der Differenzbetrag von dem*der Patient*in selbst getragen werden.

Damit dieses Risiko von vornherein abgeschätzt werden kann, ist es ratsam, bereits vor Beantragung der probatorischen Sitzungen bzw. vor der Vereinbarung eines Erstgespräches

einen entsprechenden **Antrag auf außervertragliche Kostenübernahme bei der Krankenkasse** zu stellen.

Wenn Sie Ihre Therapie nach Ausschöpfung des bewilligten Sitzungskontingentes gerne weiterführen möchten, empfiehlt es sich ebenfalls, dass Sie rechtzeitig einen entsprechenden Antrag bei der Krankenkasse stellen, um bestenfalls noch vor Ablauf der Stunden, eine Zusage zur Weiterfinanzierung durch Ihre Krankenkasse zu erhalten.

Wenn Sie es bis hierhin geschafft haben, wird erst die eigentliche Psychotherapie beantragt.

Dafür werden zumeist 4 probatorische Sitzungen à 50 Minuten abgehalten. In diesen werden eine ausführliche biographische Anamnese, Diagnostik und die Abklärung des Therapiebedarfs unternommen. Außerdem sind die probatorischen Sitzungen auch dazu da, die therapeutische Beziehung zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in zu prüfen und sich im Idealfall für die beste Passung bei einer Therapeut*in frei zu entscheiden. Denn der Erfolg einer Psychotherapie basiert ganz maßgeblich darauf, wie gut eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient*in und Therapeut*in gelingt. Nach den probatorischen Sitzungen wird ein Antragsbericht durch die Psychotherapeut*in verfasst und an den*die Gutachter*in der jeweiligen Krankenkasse geschickt. Diese Person entscheidet dann, ob dem vorliegenden Antrag zugestimmt oder dieser abgelehnt wird.