

Psychotherapie in der Kostenerstattung

Ein Ratgeber für Psychotherapeut*innen

- /// Gesetzliche Grundlagen
- /// Antragsverfahren im Detail
- /// Abrechnung
- /// Umgang mit Schwierigkeiten

Mit zahlreichen Tipps
für einen
gelungenen
Einstieg!

Approbiert und kein Kassensitz in Sicht?

Viele Psychotherapeut*innen streben nach der Approbation die Niederlassung mit einem eigenen Kassensitz an. Dies ist aufgrund der Knappheit an KV-Zulassungen meist nicht unmittelbar realisierbar. Eine Möglichkeit, selbstständig tätig zu sein, bietet die Eröffnung einer Privatpraxis. Gesetzlich Versicherte können unter bestimmten Umständen im sog. Kostenerstattungsverfahren behandelt werden (von den Kassen auch als „außervertragliche Leistung“ bezeichnet).

Dieser Leitfaden soll Ihnen Einblick in die gesetzliche Grundlagen und den Ablauf der Kostenerstattung geben. Er begleitet Sie chronologisch vom Erstkontakt über die Probatorik bis hin zur Therapie und Rechnungsstellung. Daneben ist er auch als Rüstzeug gedacht, um Sie mit möglichen Schwierigkeiten und Auswegen vertraut zu machen.

Auf den letzten Seiten finden Sie außerdem Beratungsangebote für Patient*innen und Informationen darüber, wie der DGVT-Berufsverband seine Mitglieder in der Kostenerstattung unterstützt.

Einen guten Einstieg in die selbstständige Berufstätigkeit wünscht Ihnen

Ihr DGVT-Berufsverband

Haben Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung?

Grundsätzlich: Nein. Kann die Kasse einem/einer Versicherten einen Behandlungsplatz bei einem/einer niedergelassenen Psychotherapeut*in in absehbarer Zeit (max. vier Wochen) und in zumutbarer Entfernung (max. 30 Min. Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln pro Strecke) vermitteln, besteht kein Recht auf Kostenerstattung. Da dies jedoch häufig nicht der Fall ist, sichert die folgende Gesetzesgrundlage das Patientenrecht auf eine notwendige Behandlung:

Rechtliche Grundlage: § 13 Abs. 3 SGB V

„Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“

Kostenerstattung als „Überdruckventil“ einer unzureichenden Bedarfsplanung ist damit immer davon abhängig, wie gut der Bedarf im jeweiligen Planungsbezirk tatsächlich gedeckt ist (Stichwort „Wartezeiten“).

Tipp: Vor der Praxiseröffnung Infos zum Versorgungsgrad im jeweiligen Planungsbereich bei der KV-Niederlassungsberatung einholen. Im ländlichen Raum ist die Grundlage für eine Kostenerstattungspraxis in der Regel besser gesichert als in städtischen Ballungszentren.

Kostenerstattung: Immer eine Einzelfallentscheidung

Leider gibt es keine eindeutigen rechtlichen Vorgaben, wann und unter welchen Bedingungen die Krankenkassen eine Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung bewilligen müssen. Jede Bewilligung bzw. jeder Bewilligungsschritt ist eine Einzelfallentscheidung.

Es gibt auch kein standardisiertes Verfahren für die Beantragung durch die Patient*innen, was den Zugang erschwert. Die KV-Formulare (PTV-Vordrucke) dürfen nicht verwendet werden, jedoch eigene Vorlagen mit dem selben Inhalt (erhältlich über den DGVt-BV).

Tipp: Bei der jeweiligen Krankenkasse erfragen, welche individuellen Vorgaben es für den Antrag gibt. Eventuell werden Qualifikationsnachweise einmalig hinterlegt oder es gibt kasseninterne Formulare, die man nutzen kann.

Einige Kassen zeigen sich besonders kooperationsbereit, indem sie Kostenerstattung als Satzungsleistung an (§ 13 Abs. 2 SGB V) anbieten. Der Nachweis des Systemversagens kann in diesem Fall entfallen.

Wann sind die Bedingungen für die Kostenerstattung tatsächlich erfüllt?

Unaufschiebbarkeit

Versicherte haben einen Anspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Das bedeutet: Der/die Patient*in konnte durch eine/n Vertragspsychotherapeuten*in nicht zeitnah versorgt werden („Systemversagen“).

Der Nachweis des „Systemversagens“ muss an die geänderten Bedingungen der Psychotherapie-Richtlinie seit dem 1. April 2017 angepasst werden. Die meisten Krankenkassen verweisen Patient*innen seitdem zunächst auf die Termin-Service-Stellen (TSS).

Tipp: Der/die Patient*in muss nachweisen, dass die TSS keinen Therapieplatz vermitteln konnte (Telefonprotokoll – ergänzend/ggf. alternativ: Absagen von 5–10 niedergelassenen Therapeut*innen).

Eine Nachfrage bei der jeweiligen Krankenkasse, welche Unterlagen konkret benötigt werden, kann hilfreich sein.

Mögliche Nachweise des „Systemversagens“

- Ein Sprechstundentermin kann von der TSS nicht innerhalb von vier Wochen vermittelt werden
- Der Termin kann nur in einer Praxis angeboten werden, die weiter als 30 Minuten einfache Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln gelegen ist
- Eine Klinikambulanz kann keine Termine in der notwendigen Frequenz übernehmen

Systemversagen auch seitens der Kassen möglich

Die Kassen sind nach § 14 SGB I dazu verpflichtet, über die den Patient*innen zustehenden Sozialleistungen zu beraten.

§ 17 SGB V regelt, dass die notwendigen Sachleistungen auch zur Verfügung stehen müssen. Das heißt für die Kostenerstattung:

- Patient*innen sollten auf eine Beratung zur Antragsstellung bestehen und diese dokumentieren. Die Aussage, Kostenerstattung gebe es nicht oder ein Antrag sei aussichtslos, stellen selbstverständlich keine ausreichende Beratung dar!
- Der reine Verweis auf die Termin-Service-Stelle entbindet die Kasse nicht von der Pflicht, die dort vermittelten Leistungen dem/der Patient*in tatsächlich zur Verfügung zu stellen. Die Vermittlung einer einzelnen probatorischen Sitzung reicht nicht aus!

Vorgehensweise beim Antragsverfahren – Erstkontakt

Anders als im vertragspsychotherapeutischen Bereich gilt es in der Kostenerstattung, mehr bürokratische Hürden zu überwinden. Es empfiehlt sich daher, den Patienten bzw. die Patientin im Erstgespräch zunächst nur über das Verfahren der Kostenerstattung zu informieren und notwendige Unterlagen herauszugeben. Da in der Kostenerstattung auch die Probatorik beantragt werden muss, sollte sich jede/r Psychotherapeut*in vorab überlegen, wie die Frage nach der Finanzierung dieser Arbeitszeit zu lösen ist.

Varianten: Erstes persönliches Gespräch (auf Selbstzahler-Basis mit entsprechender vorheriger Aufklärung des/der Patient*in oder kostenfrei), Telefonat und Zusenden von Unterlagen.

Tipp: Schon beim ersten Kontakt die Vorlage für den Konsiliarbericht an den Patienten bzw. die Patientin herausgeben, da zumeist der Arzt bzw. die Ärztin ohnehin die Dringlichkeitsbescheinigung ausfüllt und einige Kassen den Konsiliarbericht schon für die Beantragung der Probatorik einfordern.

Vorgehensweise beim Antragsverfahren – Probatorik

In der Regel stellt die grundsätzliche Bewilligung von außer-vertraglichen Leistungen die größte Hürde in der Beantragung dar. Sind die probatorischen Sitzungen erst einmal genehmigt, stehen auch die Chancen für die Bewilligung der Therapie-sitzungen nicht schlecht. Die folgenden Unterlagen müssen hierfür eingereicht werden:

1. Persönliches Anschreiben des Patienten bzw. der Patientin
 2. Dringlichkeitsbescheinigung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes
 3. Nachweis über den Besuch einer Sprechstunde (PTV 11)
 4. Individueller Nachweis des Systemversagens (Telefonprotokoll bei TSS und/oder Vertragstherapeut*innen)
 5. Anschreiben des Therapeuten bzw. der Therapeutin
 6. Qualifikationsnachweise
- 1. Persönliches Anschreiben** des Patienten bzw. der Patientin mit Antrag auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V

Tipp: Nicht nur probatorische Sitzungen, sondern alle für diesen Bewilligungsabschnitt notwendigen Leistungen explizit beantragen, da sonst Rechnungskürzungen möglich sind (z. B. aus Kap. 35.1 „Nicht antragspflichtige Leistungen“ wie Ziffer 35131 – Gutachterantrag; Kap. 35.3 „Psychodiagnostische Testverfahren“). Eine Übersicht findet sich unter <https://www.kbv.de/html/ebm.php> sowie im internen Mitgliederbereich des DGVT-BV: <https://www.dgvt-bv.de/mitgliederbereich>

- 2. Dringlichkeitsbescheinigung** eines Facharztes/einer Fachärztin für Psychiatrie bzw. des Haus- oder Kinderarztes beilegen, die belegt, dass die Leistung notwendig und unaufschiebbar ist.

Tipp: Haus- bzw. Kinderärzt*innen oder Psychiater*innen als Kooperationspartner*innen bzw. Zuweiser*innen gewinnen.

- 3. Neu seit 2017:** Die meisten Krankenkassen erwarten von ihren Versicherten, dass diese vor der Beantragung der Kostenerstattung eine Sprechstunde bei einem/einer Vertragspsychotherapeut*in aufsuchen (mind. 50 Min). Das PTV 11-Formular sollte dann dem Antrag beigelegt werden.

Tipp: Auf dem PTV 11 sollten maximal zumutbare Wartezeit sowie notwendige Frequenz der Therapie im Freitextbereich angegeben werden, da die Krankenkasse sonst einen Quartalstermin in einer Klinikambulanz als ausreichend ansehen kann.

- 4. Individueller Nachweis des Systemversagens:** Ein Telefonprotokoll belegt, dass der Patient/die Patientin sich intensiv um einen Therapieplatz bei einem/einer KV-zugelassenen Therapeuten/Therapeutin bemüht hat (über die TSS oder bei Therapeut*innen selbst).

Tipp: Möglichen Therapiebeginn erfragen, nicht die Wartezeit auf eine einmalige Sprechstunde! Kann kein Therapieplatz angeboten werden, kann das Systemversagen auch mit § 17 SGB I „Ausführung der Sozialleistung“ (siehe S. 6) begründet werden.

- 5. Anschreiben des Therapeuten/der Therapeutin:**
Bestätigung, dass der Patient/die Patientin in der Praxis sofort beginnen kann.

Tipp: Hier auf individuelle Qualifikation/Schwerpunkt in Bezug auf den Patienten bzw. die Patientin hinweisen (Weiterbildungen etc.), eventuell bei schwer zu versorgenden Patient*innengruppen für die Kasse relevant.

- 6. Qualifikationsnachweise:** Approbationsurkunde,
Fachkundenachweis, Arztregistereintrag, ggf. relevante
Weiterbildungsnachweise

Vorgehensweise beim Antragsverfahren – Therapie (KZT/LZT)

Das Verfahren zur Beantragung der Therapiesitzungen erfolgt dann analog zur Beantragung im vertragspsychotherapeutischen Bereich, mit einigen kleinen Ausnahmen:

- Es gibt keine standardisierten Formulare
- Es sollte immer darauf geachtet werden, dass nicht nur die Übernahme der Therapiesitzungen, sondern auch aller weiteren Leistungen (Quartalspauschale, Testziffern etc.) beantragt wird
- Bei den meisten Krankenkassen müssen die Qualifikationsnachweise erneut dem Antrag beigelegt werden

Wichtig: In der Kostenerstattung gilt, dass nur solche Leistungen, die konkret beantragt und von der Kasse schriftlich bewilligt wurden, rechtssicher abgerechnet werden können.

Notwendige Antragsunterlagen

- Antrag des/der Versicherten wie PTV 1
- Antrag des Therapeuten bzw. der Therapeutin wie PTV 2
- Konsiliarbericht
- Bericht an den/die Gutachter*in
- Ggf. Qualifikationsnachweise

Tipp: Die Einreichung der Unterlagen sollte nur persönlich gegen Datumstempel/Unterschrift oder per Einschreiben/Rückschein erfolgen.

Abrechnung: mit dem/der Versicherten oder mit der Krankenkasse

Bei der Kostenerstattung erhält der/die Versicherte (als direkte/r Vertragspartner*in des Behandlers/der Behandlerin) von diesem/dieser eine Rechnung. Die Kasse erstattet dem/der Versicherten direkt den Rechnungsbetrag.

Dies kann auch vereinfacht werden, indem nach der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse die Abwicklung direkt zwischen Krankenkasse und Psychotherapeut*in erfolgt („Abtretungserklärung“).

Tipp: Abtretungserklärung zu Beginn der probatorischen Sitzungen zusammen mit dem Behandlungsvertrag unterschreiben lassen. Eine Vorlage hierfür stellt der DGVT-BV seinen Mitgliedern zur Verfügung. Die meisten Krankenkassen akzeptieren eine direkte Abrechnung mit der Therapeutin oder dem Therapeuten. Bei Unsicherheit sollte dies vorab mit der Kasse geklärt werden. Ein Rechtsanspruch auf eine direkte Abrechnung besteht allerdings nicht.

EBM oder GOP?

Vielfach diskutiert wird die Frage, ob „analog EBM“ oder unmittelbar nach der privaten Gebührenordnung (GOP) abgerechnet werden sollte. Tatsächlich gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) nur für kassenzugelassene Praxen. Die übliche Abrechnungsform für private Praxen ist daher grundsätzlich die GOP. Viele gesetzliche Krankenkassen sperren sich jedoch gegen die Übernahme von privaten Honoraren oder wollen nur den 1,0-fachen statt 2,3-fachen Satz nach GOP übernehmen. Dabei gilt: Ist eine Krankenkasse verpflichtet, die Kostenerstattung zu übernehmen, kann der/die Therapeut*in auch ein Privathonorar

verlangen. Ob er/sie dies jedoch bei der Kasse versucht durchzusetzen, muss er bzw. sie selbst entscheiden.

Tipp: Entscheidung nach folgenden Gesichtspunkten abwägen:

Abrechnung nach GOP

- (+) Rechtlich korrekte Abrechnungsgrundlage
Abrechnung von Telefonaten teilweise möglich
- (-) Keine Grundpauschale
Keine analoge Ziffer zum psychotherapeutischen Gespräch (EBM 23220)

Abrechnung „analog EBM“

- (+) Grundpauschalen und Gesprächsziffern abrechenbar
Keine Belastung des Psychotherapeut*in-Patient*in-Verhältnisses durch eventuelle Zuzahlungen, wenn Kasse nicht den 2,3-fachen GOP-Satz erstattet.
- (-) Keine Abrechenbarkeit von Telefonaten (nur zur sog. „Unzeit“)

Mögliche Schwierigkeiten und Auswege

Die Krankenkasse verweist trotz PTV 11 und Bedarf an Richtlinien-therapie auf die Termin-Service-Stelle (TSS).

Die Krankenkassen dürfen sowohl für die Vermittlung eines Sprechstundentermins als auch der anschließenden Probatorik-sitzungen von ihren Patient*innen erwarten, dass diese sich an die TSS wenden.

Der/die Patient*in ruft im Rahmen seiner/ihrer Mitwirkungspflicht umgehend bei der zuständigen TSS an und dokumentiert Termin-Vermittlungsversuch durch diese. Kann diese in

absehbarer Zeit bzw. Entfernung keinen Termin vermitteln, so sollte damit im Widerspruch argumentiert werden.

Der/die Patient*in sollte noch einige Tage abwarten und dann erwägen, eine Therapiebewilligung über die sog. „Genehmigungsfiktion“ (§ 13 Abs. 3a SGB V) zu erwirken. Diese besagt, dass ein Kostenträger in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt wird, innerhalb von spätestens fünf Wochen über einen Antrag zu entscheiden hat. Der/die Gutachter*in wird nicht wie im vertragspsychotherapeutischen Bereich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestellt, sondern durch den Medizinischen Dienst (MD).

Wird diese Frist überschritten, darf der/die Patient*in davon ausgehen, dass die Leistung als bewilligt gilt (Zugang der Antragsunterlagen bei der Kasse sicherstellen). In den DGVT-BV-Musterunterlagen findet sich ein Schreiben an die Kasse, mit dem der Beginn der Behandlung aufgrund der Genehmigungsfiktion mitgeteilt wird.

Die Krankenkasse fordert fehlende Unterlagen kurz vor Fristablauf an.

Bei Einreichung der Unterlagen sollte genau auf deren Vollständigkeit geachtet werden. Der/die Patient*in sollte den Antrag möglichst persönlich einreichen und sich dies mit Datum quittieren lassen (Alternative, jedoch weniger rechtssicher: Einschreiben). Eventuell lohnt es sich, direkt mehr Unterlagen beizulegen (z. B. Konsiliarbericht bereits bei der Beantragung der Probatorik). Denn: Fehlen aus Sicht der Krankenkasse Unterlagen, sieht sie sich unter Umständen nicht mehr an die Frist von fünf Wochen gebunden.

Die Krankenkasse lehnt den Antrag ab – Was tun?

Einige Kassen weisen Anfragen nach Kostenerstattung bereits am Telefon zurück. Versicherte haben jedoch das Recht, über die ihnen zustehenden Leistungen angemessen beraten zu werden und diese schriftlich zu beantragen. Lehnt die Kasse diesen Antrag ab, sollte der/die Patient*in immer auf einem schriftlichen Bescheid bestehen (Bescheid = erkennbar an Rechtsbehelfsbelehrung am Ende des Schreibens)!

Danach sind die folgenden Handlungsoptionen möglich:

- Widerspruchsstelle oder -ausschuss der Krankenkasse bemühen
- Frist für einen Widerspruch: Ein Monat (ggf. Patient*in unterstützen, spezialisierte Anwaltskanzlei konsultieren)
- Der/Die Patient*in kann bei der Krankenkasse das Gutachten des Medizinischen Dienstes anfordern und sich in seinem Widerspruch ggf. darauf beziehen (Prüfen: Hat die Kasse trotz Befürwortung durch den/die Gutachter*in abgelehnt?)
- Abwägen: Brief an Vorstand der Krankenkasse oder Beschwerde an das Bundesversicherungsamt?
- Klage vor dem Sozialgericht. Problem: Bundessozialgerichts-Rechtsprechung bislang ablehnend, langwierige Verfahren.

Tipp: Patient*in auf Beratungsangebote hinweisen (z. B. durch den Sozialverband VdK gegen geringe Mitgliedsgebühr oder durch die Unabhängige Patientenberatung, UPD).

In Einzelfällen kann es eine Option sein, nach einer Ablehnung einfach einen neuen Antrag zu stellen (z. B. wenn kein Widerspruch eingelegt wurde, die Suche nach einem Therapieplatz aber weiterhin aussichtslos ist). Dies ist zum Beispiel dann

sinnvoll, wenn sich in der Zwischenzeit neue Aspekte ergeben haben, die im ersten Antrag an die Kasse noch keine Rolle spielten. Ein neuer Antrag ist bei fortbestehender Erkrankung jederzeit möglich.

Beratungsangebote für Patient*innen

Sozialverband VdK

Rechtsberatung gegen geringe Mitgliedsgebühr (in der Regel 6 € pro Monat, Mitgliedschaft im VdK jederzeit kündbar) <http://www.vdk.de/deutschland/pages/mitgliedschaft/64026/rechtsberatung>

UPD (Unabhängige Patientenberatung)

Die UPD bietet Beratung für Patient*innen an und hat auch einen Beratungsschwerpunkt für das Thema Psychotherapie in der Kostenerstattung <https://www.patienentenberatung.de/de/kontakt>

Juristische Unterstützung

Einige Kanzleien haben sich auf Widerspruchsverfahren in der Kostenerstattung spezialisiert und übernehmen den Schriftverkehr mit der Krankenkasse.

Unterstützung durch den DGVT-BV bei der Niederlassung ohne KV-Zulassung

- Bundesweite Mailingliste kostenerstattung@dgvt-bv.de zur kollegialen Vernetzung
- Regionale Mailinglisten für Berlin, Hamburg, NRW
- Mitgliedern werden Formulare und rechtliche sowie praktische Informationen zur Verfügung gestellt
- Individuelle juristische Beratung durch die Bundesgeschäftsstelle des DGVT-BV



- ▶ Deckt Probleme in der Kostenerstattung von Psychotherapie auf
- ▶ Falldatenbank, kollegialer Rat & Dialog mit den Krankenkassen
- ▶ Gratis-Nutzung auch ohne DGVT-BV-Mitgliedschaft
- ▶ www.kassenwatch.de



So können Sie Mitglied im DGVT-Berufsverband werden:

Informationen zu den Service-Angeboten für Mitglieder von DGVT (Fachverband) und DGVT-Berufsverband erhalten Sie auf der Internetseite www.dgvt-bv.de (Wir über uns) oder gerne auch per E-Mail: info@dgvt-bv.de.

Tipp: Kooperation mit Kolleg*innen mit und ohne KV-Zulassung vor Ort anstreben, Verzeichnis von Qualitätszirkeln bei der KV erfragen.

Impressum:

**Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie –
Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V.**

Corrensstraße 44 · 72076 Tübingen · Telefon: 07071 9434-10

E-Mail: info@dgvb-bv.de · www.dgvb-bv.de

Stand: März 2020

KASSENWATCH 
Die interaktive Meldeplattform
zur Kostenerstattung

Ein Projekt des
dgvb
Berufsverband Psychosoziale Berufe