



Berufsverband Psychosoziale Berufe

Psychotherapie in der
Kostenerstattung

2018

„Anspruch“ der Versicherten aus § 13 Abs. 3 SGB V

§ 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.

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

Individuelle Einzelfallentscheidung

Problem: keine eindeutigen rechtlichen Vorgaben, wann und unter welchen Bedingungen die Krankenkassen eine Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung bewilligen müssen (= individuelle Einzelfallentscheidung).

Problem: Kein standardisiertes Verfahren für die Beantragung durch die Patienten – Zugang erschwert. KV-Formulare (PTV-Vordrucke) dürfen nicht verwendet werden, jedoch eigene Vorlagen mit dem selben Inhalt (erhältlich im Mitgliederbereich des DGVT-BV).

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

Vorgehensweise Kostenübernahme

- Bei der Kostenerstattung erhält der Versicherte (als direkter Vertragspartner des Behandlers) vom Psychotherapeuten eine Rechnung (GOP/EBM analog). Die Kasse erstattet dem Versicherten direkt den Rechnungsbetrag.
- Dies kann auch vereinfacht werden, indem nach der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse die Abwicklung direkt zwischen Krankenkasse und Psychotherapeut erfolgt („**Abtretungserklärung**“).

Tipp: Ein Ablaufschema für die Abtretungserklärung ist im Mitgliederbereich zu finden.

Rechtliche Bedingungen Kostenerstattung

- **„Systemversagen“** - Versicherte haben Anspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte.
- Patient konnte durch einen Vertragspsychotherapeuten nicht zeitnah versorgt werden (**Wartezeiten** darlegen)
- **Dringlichkeit (Notwendigkeit)** der Behandlung
- **Neu:** Der Nachweis des Systemversagens muss an die geänderten Bedingungen nach dem 01. April 2017 angepasst werden. Die meisten Krankenkassen verweisen seitdem auf die Termin-Service-Stellen (TSS).

Tipp: Der Patient muss nachweisen, dass die TSS ihm keinen Therapieplatz vermitteln konnte (Telefonprotokoll – bisher: Absagen von 5-10 niedergelassenen Therapeuten).

Rechtliche Bedingungen Kostenerstattung

Mögliche Nachweise des Systemversagens:

- 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

Vorgehensweise Antragsverfahren - Erstkontakt

- **Information über das Vorgehen**
Patienten über das Verfahren der Kostenerstattung informieren und notwendige Unterlagen herausgeben
- **Varianten:** Persönliches Gespräch (Selbstzahler oder kostenfrei), Telefonat und Zusenden von Unterlagen

Tipp: Schon jetzt die Vorlage für den Konsiliarbericht an den Patienten herausgeben, da der Arzt ohnehin die Dringlichkeitsbescheinigung ausfüllt und einige Kassen das Konsil schon für die Beantragung der Probatorik einfordern.

Vorgehensweise Antragsverfahren - Probatorik

- **Persönliches Anschreiben** des Patienten 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 Rechnerkürzungen möglich sind

- **Dringlichkeitsbescheinigung** FA Psychiatrie/Hausarzt beilegen
- **Neu seit 2017:** PTV 11-Formular beilegen. Noch unklar, ob Akuttherapie oder Richtlinienbehandlung empfohlen werden sollte

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.

Vorgehensweise Antragsverfahren - Probatorik

- **Telefonprotokoll:** Belegt dass Patient sich intensiv um einen Therapieplatz bei einem KV-zugelassenen Therapeuten bemüht hat (direkt oder über TSS)

Tip: Möglichen Therapiebeginn erfragen, nicht Sprechstunde

- **Bestätigung** beifügen, dass Patient in der Praxis **sofort beginnen** kann

Tip: Hier auf individuelle Qualifikation in Bezug auf Patienten hinweisen (Weiterbildungen etc.), ev. bei schwer zu versorgenden Patientengruppen für die Kasse relevant

- **Qualifikationsnachweise:** Approbationsurkunde, Fachkundenachweis, Arztregistereintrag

Vorgehensweise Antragsverfahren - Therapie

Antrag analog zum Verfahren bei KV-Zulassung

- Formular des Versicherten wie PTV 1
- Formular des Therapeuten wie PTV 2
- Konsiliarbericht
- Bericht an den Gutachter

Tipp: Qualifikationsnachweise immer beilegen, Einreichung persönlich gegen Datumstempel/Unterschrift oder per Einschreiben/Rückschein.

Mögliche Schwierigkeiten und Auswege

Krankenkasse verweist trotz PTV 11 und Bedarf an Richtlinien-therapie auf TSS

→ Patient ruft umgehend dort an, dokumentiert Vermittlungsversuch. Scheitert dieser, so sollte dies im Widerspruch vermerkt werden

Krankenkasse meldet sich länger als 5 Wochen nicht

→ Patient sollte noch einige Tage abwarten, dann erwägen, Therapiebewilligung über Genehmigungsfiktion zu erwirken (Mustertext hierzu im Mitgliederbereich)

Krankenkasse fordert fehlende Unterlagen kurz vor Fristablauf an

→ Bei Einreichung auf Vollständigkeit achten und quittieren lassen, eventuell direkt mehr Unterlagen beilegen (z. B. Konsil bei Probatorik). Problem: Ansonsten wird 5-Wochen-Frist für Kasse ausgehebelt

Krankenkasse lehnt Antrag ab – Was tun?

- Auf schriftlichen Ablehnungsbescheid bestehen (Bescheid = erkennbar an Rechtsbehelfsbelehrung am Ende des Schreibens)
- Widerspruchsstelle oder -ausschuss der Krankenkasse bemühen
- Frist für einen Widerspruch: 1 Monat (evtl. Patient unterstützen, spezialisierte Anwaltskanzlei konsultieren)
- Abwägen: Brief an Vorstand der Krankenkasse / Beschwerde an Bundesversicherungsamt?

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

- Klage vor dem Sozialgericht. Problem: BSG-Rechtsprechung bislang ablehnend, langwierige Verfahren.

Krankenkasse lehnt Antrag ab – Was tun?

- In Einzelfällen kann es sinnvoll 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 Patienten

- 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 PatientInnen an und hat auch einen
Beratungsschwerpunkt für das Thema Psychotherapie in der
Kostenerstattung
<https://www.patientenberatung.de/de/kontakt>

Unterstützung 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 als auch praktische Informationen zur Verfügung gestellt
- Individuelle Beratung durch die Bundesgeschäftsstelle des DGVT-BV
- **Neu vom DGVT-BV ab Frühjahr 2018:** Kassenwatch.de zur Meldung von Schwierigkeiten mit den Krankenkassen bei der Beantragung und Abrechnung von Therapien in der Kostenerstattung

Tipp: Kooperation mit Kollegen mit und ohne KV-Zulassung vor Ort, Verzeichnis von Qualitätszirkeln bei der KV erfragen

Mitgliederberatung

DGVT-BV-Bundesgeschäftsstelle

Sprechzeiten (Tel. 07071 9434-13):

Montag u. Donnerstag, 14.00-15.30 Uhr

Dienstag u. Mittwoch, 10.00-11.30 Uhr

oder per E-Mail: info@dgvt-bv.de