

Psychotherapie per Kostenerstattung

Unzumutbar lange Wartezeiten bei Kassentherapeut*innen sind ein "Systemversagen" und ermöglichen es Kassenpatient:innen, sich selbst Behandlungsalternativen zu suchen und die Übernahme der für diese Behandlung anfallenden Kosten vorab bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu beantragen: Die Nutzung des sogenannten Kostenerstattungsverfahrens ist seit den Neuregelungen durch die **neue Psychotherapie-Richtlinie von 2017** nach wie vor möglich und wird ähnlich gehandhabt wie bisher.

- **Neu und wichtig für den Erfolg des Antrags auf Kostenerstattung ist, dass Sie vor Beginn einer Psychotherapie bei einer psychotherapeutischen Sprechstunde gewesen sein müssen.**

Falls Sie trotz angemessener Suchaktivitäten bei niedergelassenen Psychotherapeut:innen nur nach einer unzumutbar langen Wartezeit einen Therapieplatz finden, ist Ihre GKV nicht in der Lage, ihren gesetzlichen Versorgungsauftrag zu erfüllen. In diesen Fällen haben Sie das Recht, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen. Die Kosten, die Ihnen durch diese selbst beschafften Leistungen entstehen, muss die GKV erstatten. Dieser Anspruch ist in § 13 Absatz 3 SGB V gesetzlich geregelt und gilt gegenüber allen GKVn.

Generell gilt in diesem Zusammenhang allerdings, dass Sie beim Kostenerstattungsverfahren belegen muss, dass Sie sich vergeblich bemüht haben, einen Therapieplatz bei niedergelassenen Psychotherapeut:innen mit Kassensitz zu finden. Dazu sollten Sie Anrufe und Absagen bei einer bestimmten Zahl von Therapeuten schriftlich dokumentieren. Günstig ist es, wenn Sie zudem nachweisen können, dass Sie sich auch an die Termin-Servicestellen gewandt haben und diese Ihnen keinen zeitnahen Termin für eine Sprechstunde vermitteln konnten. Diese Absagen sollten Sie in einem Telefonprotokoll festhalten / das Schreiben der Termin-Servicestelle beilegen.

Mittlerweile verweist eine zunehmende Zahl von Krankenkassen für den erforderlichen "Nachweis des Systemversagens", also das Sammeln von Absagen, explizit an die **Termin-Servicestellen**. Das heißt, diese Krankenkassen machen es für die Bewilligung des Antrags mehr oder weniger zur Bedingung, dass die Termin-Servicestellen wiederholt (circa fünf Mal) nicht in der Lage waren, Hilfesuchenden unter zumutbaren Bedingungen einen adäquaten Therapieplatz zu vermitteln.

Termin-Servicestellen telefonisch unter der Rufnummer 116117 oder online mit dem E-Terminservice

Es gibt kein standardisiertes Verfahren für die Beantragung. Es gilt das Prinzip der Einzelfallentscheidung. Daher ist es in jedem Fall ratsam, **sich zunächst bei der eigenen Krankenkasse zu erkundigen**, welche Vorgaben bei ihr für das Kostenerstattungsverfahren gelten.

- **Tipp: Fragen Sie vorab Ihre gesetzliche Krankenkasse nach dem bei der Psychotherapeutensuche im Rahmen der Kostenerstattung "gewünschten" Vorgehen, um nachträglich eine "unliebsame" Überraschung zu vermeiden.**

Insgesamt zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, dass die Krankenkassen Anträge auf Kostenerstattung häufig ablehnen. Sie können in diesem Fall Widerspruch einlegen.

Wie lassen sich die Chancen auf die Kostenerstattung erhöhen?

Bisher war es beim Kostenerstattungsverfahren wichtig, die Dringlichkeit einer Psychotherapie von Hausarzt:in oder einem Facharzt:in für Psychiatrie bestätigen zu lassen – etwa durch eine **Dringlichkeitsbescheinigung** mit der Formulierung, dass eine Psychotherapie umgehend geboten sei, um eine Verschlechterung der Symptome zu verhindern.

- **Die neue Rechtslage seit Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 besagt, dass vor dem Neu-Beginn einer Psychotherapie eine psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht werden muss. Diese Grundvoraussetzung gilt auch, wenn für die Behandlung eine Kostenerstattung beantragt werden muss. Es sei denn, Sie sind innerhalb der vergangenen 12 Monate wegen einer psychischen Erkrankung bereits stationär behandelt worden**

Im Rahmen der Sprechstunde füllt die Psychotherapeutin ein Formular (**PTV-11**) aus, in dem bereits eine Verdachtsdiagnose gestellt wird. Zudem enthält das Formular einen vorläufigen Befundbericht und eine Empfehlung für die Art der Behandlung (z. B. Akutbehandlung, reguläre ambulante Psychotherapie oder stationäre Behandlung). Im Freitext kann außerdem die maximal zumutbare Wartezeit und eine sinnvolle Frequenz der Therapie angegeben werden, um deutlich zu machen, dass eine zeitnahe, regelmäßige Behandlung notwendig ist.

Bisher wird nicht von allen Krankenkassen gefordert, dass für das Kostenerstattungsverfahren eine vorläufige Diagnose vorliegen muss. Allerdings erhöht es vermutlich die Chancen auf eine Bewilligung, wenn Sie bei einer psychotherapeutischen Sprechstunde waren und dem Antrag auf Kostenerstattung ein PTV-11-Formular (mit einer vorläufigen Diagnose und fachlichen Empfehlungen für die Behandlung) beigelegt werden kann.

Welche Tipps gibt die Psychotherapeutenkammer?

Folgende konkrete Tipps zum Vorgehen bei der Antragstellung gibt die Bundespsychotherapeutenkammer, damit die GKV die Kosten übernimmt:

1. Kontaktieren Sie zuerst möglichst viele von Kassen zugelassene Psychotherapeut:innen in Wohnortnähe und fragen Sie nach einem freien Behandlungsplatz. Wenn Sie zeitnah einen Termin erhalten, nehmen Sie ihn wahr.
2. Da Sie nachweisen müssen, dass keine rechtzeitige Behandlung bei Psychotherapeut:innen mit Kassenzulassung möglich war, protokollieren Sie Ihre Anrufe (Name, Datum, Uhrzeit und frühestmöglichem Behandlungsplatz). Üblicherweise reichen hier drei bis fünf Anfragen.
3. Teilen Sie Ihrer Krankenkasse schriftlich mit, dass kurzfristig kein Therapiebeginn bei einer zugelassenen Psychotherapeutin in Wohnortnähe möglich war. Legen Sie dem Schreiben Ihr Anrufprotokoll bei und bitten Sie Ihre Kasse, Ihnen im Rahmen einer angemessenen Frist (z.B. eine Woche) eine Psychotherapeutin mitzuteilen, bei dem Sie zeitnah einen Termin in Wohnortnähe erhalten.
4. Legen Sie auch das Schreiben der Terminservicestellen bei, in dem Ihnen die Kassenärztliche Vereinigung mitgeteilt hat, dass sie Ihnen keinen Behandlungsplatz vermitteln kann.
5. Nach Verstreichen dieser Frist suchen Sie eine approbierte Psychotherapeutin ohne Kassenzulassung auf und bitten um eine schriftliche Bestätigung zur Weitergabe an Ihre Krankenkasse, dass für Sie eine umgehende Behandlung notwendig ist und Ihnen kurzfristig ein freier Therapieplatz von dieser approbierten Psychotherapeutin angeboten werden kann.
6. Anschließend beantragen Sie bei Ihrer Krankenkasse die konkrete Behandlung durch diese Psychotherapeutin sowie die Erstattung der dafür notwendigen Kosten nach § 13 Absatz 3 SGB V.
7. Wird der Antrag auf Kostenübernahme von der Krankenkasse abgelehnt, können Sie Widerspruch einlegen. Ein Musterschreiben findet sich im BPTK-Ratgeber Kostenerstattung.

Was müssen Sie bei der Kostenerstattung sonst noch beachten?

Für die Inanspruchnahme des Kostenerstattungsverfahrens gelten klare Regeln, die Sie und die Psychotherapeutin unbedingt beachten sollten, um letztendlich nicht doch die Kosten selbst tragen zu müssen:

> Einen Antrag auf Kostenerstattung dürfen Sie dann stellen, wenn Sie **nachweislich dringend** eine Psychotherapie benötigen und keinen Therapieplatz mit einer zumutbaren Wartezeit und in einer zumutbaren Entfernung zum Wohnort bei einer Psychotherapeutin mit Kassenzulassung gefunden haben. Wartezeiten, die mehr als drei Monate betragen, gelten grundsätzlich als nicht zumutbar. Eine entsprechende **Dringlichkeits- oder Notwendigkeitsbescheinigung kann vom Hausarzt oder anderen Ärzten und auch nach dem Erstgespräch von der Kostenerstattungstherapeutin ausgestellt** werden.

> Die Ersatzleistung dürfen nur Psychotherapeut:innen erbringen, die **ebenso qualifiziert** sind, wie die Psychotherapeuten mit Kassensitz: **Approbierte Psychologische Psychotherapeut:innen** oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in Privatpraxis. Sie verfügen über die sog. Fachkunde in einem der von den GKVn bezahlten Richtlinienverfahren: Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie. Seit Anfang 2012 darf auch die ambulante neuropsychologische Psychotherapie von Psychotherapeuten mit einer Zusatzweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie im Kostenerstattungsverfahren durchgeführt und abgerechnet werden.

> Der Antrag auf Kostenerstattung muss **immer vor Beginn** der Psychotherapie und **von Ihnen selbst** gestellt werden. Die behandelnde Psychotherapeutin kann das Antragsverfahren unterstützend begleiten. Es besteht in der **Regel kein Erstattungsanspruch für Kosten, die vor der Entscheidung der Krankenkasse über den Kostenübernahmeantrag** anfallen. Viele Kostenerstattungstherapeuten bieten aber ein kostenloses Erstgespräch an. Darüber muss Sie die Psychotherapeutin aufklären, bevor er/sie mit der Behandlung beginnt.

> Es gilt auch zu beachten, dass **unter Umständen für probatorische Sitzungen und die eigentliche Therapie zwei gesonderte Anträge gestellt werden müssen**. Das ist der Fall, wenn die GKV zunächst nur die Übernahme der Kosten für die probatorischen Sitzungen genehmigt hat.

> Die Krankenkassen müssen **spätestens drei Wochen nach Eingang** über einen Antrag auf Leistungen entschieden haben. Ist eine gutachterliche Stellungnahme erforderlich, verlängert sich diese Frist **auf fünf Wochen**. Lässt die GKV diese Fristen ohne vorherige schriftliche Mitteilung einer Begründung verstreichen, gilt der Kostenübernahmeantrag als genehmigt. Die Krankenkassen sind dann zur Übernahme der Kosten, die aus Ihrer Beschaffung der notwendigen Leistung resultieren, verpflichtet.

> Die selbst beschaffte Behandlung durch die Psychotherapeutin ohne Kassensitz ist eine reine Privatbehandlung. Daher darf die Krankenkasse die Vergütung im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens eigentlich nicht auf den Satz beschränken, den ein zugelassener Psychotherapeut von der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten würde. Das ist rechtswidrig, aber durchaus gängige Praxis. Daher haben Sie einen Anspruch auf wirtschaftliche Aufklärung durch den Behandler, falls absehbar ist, dass die tatsächlich anfallenden Behandlungskosten den Vergütungssatz für zugelassene Psychotherapeuten übersteigen und für den übersteigenden Teil der Vergütung eine Kostenübernahme durch die GKV nicht sichergestellt ist. Andernfalls haben Sie einen Schadensersatzanspruch in Höhe des überschießenden Betrages. Diesen darf die Therapeutin ohne Aufklärung nicht mehr in Rechnung stellen.

Praxis Frisch: Die Abrechnung der Therapiekosten erfolgt nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeut:innen (GOP) nach dem üblichen 2,3-fachen Steigerungssatz.