

Dipl.-Psych. Nora Jung
Psychologische Psychotherapeutin, Vertiefungsgebiet Verhaltenstherapie
Vopeliuspfad 10
14169 Berlin
Tel: 030-98561320

Informationen zum Kostenerstattungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Auch nach Einführung von Akuttherapie und Sprechstunde ist eine Behandlung in Privatpraxen mit Abrechnung über die gesetzliche KV weiterhin möglich!

Hierzu eine Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer:

http://www.bptk.de/uploads/media/20170522_pm_kostenerstattung_01.pdf

Die Kassenzulassungen für psychologische Psychotherapeuten sind trotz der ambulanten Versorgungsengpässe in Berlin stark begrenzt. Da ich Inhaberin einer Privatpraxis bin, habe ich keinen Kassensitz, der es mir erlaubt, direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen. Gesetzlich Versicherte können darum in meiner Praxis über das Kostenerstattungsverfahren behandelt werden. Als Patient/in haben Sie einen gesetzlichen Anspruch auf Ihre zeitnahe Behandlung.

Um von mir behandelt zu werden, müssen Sie als gesetzlich versicherter Patient nachweisen, dass sie innerhalb eines "zumutbaren Zeitraums" (laut Urteilen der Sozialgerichte mehr als sechs Wochen, in Ausnahmefällen bis zu drei Monaten) keinen Therapeuten für Ihre Psychotherapie finden können. Da man in Berlin oft 6 bis 9 Monate lang auf einen Therapieplatz warten muss, ist dieses Kriterium nicht schwer zu erfüllen. In der Regel müssen Sie schriftlich Ihre Versuche, Termine bei Therapeuten mit einem Kassensitz zu erhalten, dokumentieren. Ich kann Sie gern dabei unterstützen. Nicht alle Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen sind gut über das Kostenerstattungsverfahren informiert. Deshalb sollten Sie sich nicht entmutigen lassen, wenn Sie anfangs bei Ihrer Krankenkasse auf Widerstand stoßen. In der Regel werden ca. 75-100% der Kosten der Therapie von den gesetzlichen Versicherungen bedeckt.

Im Sinne des §13 Absatz 3 SGB V und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts* müssen folgende drei Bedingungen für eine Kostenerstattung vorliegen:

*BSG 6 R KA 15/97 v. 21.05.1997; BSG B1 KR 5/99 R v. 25.09.2000, BSG B1 KR 69/03 B v. 10.01.2005; BSG B1 KR 14/07 R v. 02.11.2007

- 1.** Dringlichkeit: „Die ambulante Psychotherapie ist notwendig und unaufschiebbar. Dies wird durch die beigefügten ärztlichen Dringlichkeitsbescheinigungen sowie die ärztlich und psychotherapeutisch gestellten Diagnosen belegt. Eine unaufschiebbare psychotherapeutische Behandlung ist keine Notfallbehandlung im Sinne des §76 Absatz 1 SGB V.“
- 2.** Die gesetzliche Krankenkasse kann die Leistung nicht rechtzeitig erbringen und die Versicherte hat alles nach den konkreten Umständen Erforderliche, Mögliche und Zumutbare unternommen, um diese Leistung auf dem Sachwege in einer angemessenen Zeit zu erhalten. Als nicht rechtzeitig gilt die Wartezeit auf Therapiebeginn von mehr als sechs Wochen.

3. Die Versicherte kann die dringend notwendige Behandlung bei einem approbierten Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung kurzfristig beginnen.

Der Weg in eine Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) empfiehlt gesetzlich Versicherten folgende Schritte, wenn sie keinen niedergelassenen zugelassenen Psychotherapeuten finden und sich daher von einem Psychotherapeuten in einer Privatpraxis behandeln lassen müssen:

1. Termin in einer psychotherapeutischen Sprechstunde bei einem Therapeuten mit Kassensitz vereinbaren:

In der Sprechstunde erfährt der Versicherte, wie seine psychische Störung einzuschätzen ist und ob er eine Behandlung benötigt. Hat der Psychotherapeut im Anschluss an die Sprechstunde keine Termine frei (das ist in der Regel so), um eine notwendige Behandlung selbst durchzuführen, erhält der Versicherte am Ende der Sprechstunde eine schriftliche Bescheinigung, welche Behandlung empfohlen wird. Darin kann auch festgestellt sein, dass eine „Richtlinienpsychotherapie“ notwendig und unaufschiebbar ist.

Bei der Suche nach einem Termin in solch einer Sprechstunde unterstützen die neu eingerichteten Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung.

Terminservicestelle:

https://www.kvberlin.de/20praxis/95tss/patinfo_tss_pt.pdf

Achtung: Terminservicestellen vermitteln nur einen zeitnahen Termin zur groben Einschätzung Ihrer Beschwerden. Sie unterstützen nicht die Suche nach einem Therapeuten, der tatsächlich die Psychotherapie durchführen kann (Richtlinienpsychotherapie) und freie Plätze hat

2. Protokoll der vergeblichen Suche nach einem zugelassenen Psychotherapeuten anfertigen:

Der Versicherte nimmt dann mit mehreren Psychotherapeuten Kontakt auf, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können, und fragt, ob bei ihnen kurzfristig eine Richtlinienpsychotherapie (d.h. „normale“ Psychotherapie, keine Akutbehandlung) möglich ist. Sagen mindestens fünf Psychotherapeuten, dass sie eine solche Behandlung kurzfristig nicht übernehmen können, kann der Versicherte sich an eine Privatpraxis wenden.

Die vergebliche Suche nach einem zugelassenen Psychotherapeuten sollte er in einem Protokoll festhalten. Die Auflistung kann kurz und formlos oder z.B. in tabellarischer Form erfolgen. Meist genügt die Nennung von bis zu 10 Psychotherapeuten mit Kassenzulassung inkl. Datum der Absage (ggf. Angabe von Wartezeit), die von Ihnen bereits angerufen wurden sowie die Aussagen der Terminservicestelle.

3. Bescheinigung: „Privatpraxis kann Behandlung übernehmen“:

Findet der Versicherte eine Privatpraxis, die die Behandlung kurzfristig übernehmen kann, sollte er sich dies von dem Psychotherapeuten bescheinigen lassen. Der Psychotherapeut sollte über eine „Fachkunde in einem Richtlinienverfahren“* verfügen.

In Absprache mit Ihnen sende ich einen unterstützenden Antrag mit Zusicherung des Platzes für die Probatorik (den „Probesitzungen“) inklusive erster Diagnostikergebnisse an Ihre Krankenkasse. Erfragen Sie einfach, ob ich zurzeit einen freien Therapieplatz habe. Bringen Sie am besten Ihre Unterlagen gleich mit – dadurch sparen Sie Zeit. Ich unterstütze Sie kompetent und gern, die Behandlung auf den Weg zu bringen.

* Ich verfüge über die Fachkunde im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie

4. Antrag an die Krankenkasse:

Diesen Teil übernehme ich für Sie. Sie müssen lediglich die erforderlichen Dokumente (1) und (2) mitbringen und mit Ihrer Unterschrift erklären, dass Sie eine Therapie beantragen.

Der Versicherte beantragt bei seiner Krankenkasse, dass sie die Kosten für diese Behandlung übernimmt. Er stellt einen „Antrag auf ambulante Psychotherapie und Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V“. Dem Antrag legt er bei: (1) die Bescheinigung aus der Sprechstunde, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig ist, (2) das Protokoll der vergeblichen Suche nach einem zugelassenen Psychotherapeuten und (3) die Bescheinigung einer psychotherapeutischen Privatpraxis, dass sie kurzfristig eine Behandlung übernehmen kann