

## **DIE MÖGLICHKEIT DER KOSTENERSTATTUNG BEI UNTERVERSORGUNG DURCH DIE GESETZLICHEN KASSEN:**

Falls Sie erst nach einer mehrmonatigen Wartezeit einen Therapieplatz in Ihrer Nähe finden würden, können Sie von Ihrer Krankenkasse verlangen, dass sie – auf dem Wege der Kostenerstattung – die Behandlung durch einen psychologischen Behandler bezahlt, der die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde (Berufszulassung), aber keine Kassenzulassung besitzt. In diesem Fall müssen Sie unbedingt vor Beginn der Behandlung einen Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse stellen und dürfen die Therapie erst aufnehmen, wenn die Kasse Ihrem Antrag stattgegeben hat. Wird die Therapie dann auf dieser Abrechnungsgrundlage durchgeführt, erhalten Sie als Patient die Rechnung des Behandlers und reichen sie bei Ihrer Krankenkasse zur Erstattung ein. Die Krankenkasse erstattet den Rechnungsbetrag ganz oder teilweise in Abhängigkeit von ihren Gebührensätzen und dem tatsächlichen Honorar, das Sie mit dem Therapeuten vereinbart haben.

### **Darauf müssen Sie achten:**

Bei Ihrem Antrag müssen Sie nachweisen, dass Sie bei keinem Vertrags-Psychotherapeuten innerhalb einer zumutbaren Wartezeit und/oder in einer örtlich angemessenen Entfernung einen Therapieplatz bekommen können. Machen Sie sich deshalb Notizen über Ihre Anrufe bei den verschiedenen Behandlern (Datum, Uhrzeit, Ergebnis) und fügen Sie diese Angaben Ihrem Antrag auf Kostenerstattung bei.

Quelle: <http://www.bdp-verband.org/psychologie/psytherapie.shtml>

Obwohl die notwendige Vorgehensweise hier klar aufgezeigt worden ist, erfahren wir gerade in letzter Zeit häufiger, dass Patienten Schwierigkeiten bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche an die gesetzlichen Krankenkassen haben. Hier können wir die Patienten hilfreich unterstützen, indem wir sie über folgende Rechtsgrundlagen und Gerichtsurteile aufklären:

Grundlegend sind die Regelungen gemäß § 13 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie der Vergleich vor dem Bundessozialgericht (BSG) vom 21.05.1997 (Az. 5 RKa 15/97). Von den obersten Sozialrichtern wurden damals die Bedingungen genannt, nach denen eine außervertragliche Kostenübernahme gemäß den Bestimmungen des SGB V für psychotherapeutische Leistungen möglich ist.

### **1. Notwendigkeitsbescheinigung**

Der Antrag des Versicherten auf die Durchführung einer Psychotherapie muss durch einen zur Vertragsbehandlung berechtigten Behandler (z. B. durch einen Facharzt) befürwortet werden. Darauf muss die Diagnose vermerkt sein (entspr. dem ICD-10) mit dem Hinweis, dass es sich um eine Krankheit im Sinne des SGB V handelt, die der Behandlung bedarf.

### **2. Psychotherapieverfahren**

Auch für Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung dürfen nur Psychotherapieverfahren zur Anwendung kommen, die prinzipiell zugelassen sind, konkret: nur psychoanalytische, tiefenpsychologische oder verhaltenstherapeutische Verfahren. Die Durchführung anderer Verfahren kann der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) bei seiner Prüfung des Erstattungsantrags ablehnen.

Es ist jedoch nicht Aufgabe des MDK, die generelle Qualifikation des Behandlers zu prüfen und – was neuerdings hier und da geschehen sein soll – Heilpraktiker für Psychotherapie generell auszuschließen und nur noch approbierte Therapeuten (ohne eigenen Kassensitz) für die Kostenerstattung zuzulassen.

### **3. Mangelnde Verfügbarkeit**

Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung dürfen nur vergütet werden, wenn ein zugelassener Kassentherapeut nicht zur Verfügung steht. Hier dürfen die Krankenkassen nicht einfach auf Listen von Vertragsbehandlern verweisen. Vielmehr ergibt sich für den Patienten dann ein Anspruch auf außervertragliche Behandlung und Kostenerstattung, wenn er nachweist, dass der nachgefragte Behandlungsplatz nicht zur Verfügung steht. Mehr als drei vergebliche Behandlungsanfragen sind aus fachlichen und menschlichen Gründen (im Sinne des Gebots einer humanen Krankenbehandlung) nicht zumutbar!

### **4. Zumutbare Wartezeiten**

Nach dem o.g. Vergleichsurteil des BSG ist es die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, einen Vertragsbehandler zur Verfügung zu stellen. Es ist nicht Aufgabe des Patienten, sich einen Behandler zu suchen! – Nun behaupten die Krankenkassen gerne, es gebe ausreichend Behandlungsplätze, man müsse eben nur etwas warten, Wartezeiten seien halt üblich. Hier hat aber das BSG klar festgestellt: Psychotherapie ist häufig eine schnell erforderliche Intervention, so dass behandlungsbedürftige seelische Erkrankungen in aller Regel unverzüglich zu behandeln sind. Deshalb sind Wartefristen länger als sechs Wochen bei Kindern und Jugendlichen und von maximal drei Monaten bei Erwachsenen als unzumutbar abzulehnen!

### **5. Bescheinigung des Heilpraktikers (Psychotherapie)**

In der Praxis hat es sich bewährt, wenn der Patient seinen formlosen Antrag bei seiner Krankenkasse auf Kostenerstattung für eine Psychotherapie ergänzt durch die schon erwähnte ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung, eine Zusammenstellung seiner vergeblichen Bemühungen bei Vertragsbehandlern sowie eine Bescheinigung von uns, in der wir als Behandler bestätigen,

- dass die psychotherapeutische Behandlung der psychischen Erkrankung oder Störung mit Krankheitswert in unserer Praxis sofort begonnen werden kann
- und dass wir mit einem Richtlinienverfahren (z. B. Verhaltenstherapie) arbeiten werden. Dazu sollten dann nähere Angaben über Art und Umfang der geplanten Behandlung, die veranschlagte Zahl der Sitzungen sowie das Honorar pro Sitzung erfolgen.

Die Krankenkasse ist verpflichtet, über den Antrag des Patienten zu entscheiden, wobei gegen einen ablehnenden Bescheid Widerspruch eingelegt werden kann.

Quelle: <http://www.vfp.de>