Welches Behandlungsverfahren kommt in Frage?

Welche psychotherapeutischen Verfahren als Kassenleistung anerkannt sind, regelt die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Derzeit sind analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie als Kassenleistung anerkannt. Auch in der Kostenerstattung dürfen nur diese zugelassenen Verfahren in Anspruch genommen werden.

Wer darf für die Behandlung aufgesucht werden?

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PP) in Deutschland haben nach einem Universitätsstudium der Psychologie, Medizin bzw. bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) Pädagogik oder Sozialpädagogik eine 3- bis 5-jährige Ausbildung in Psychotherapie abgeschlossen und eine Approbation erhalten. Damit haben sie die staatliche Genehmigung, Patienten psychotherapeutisch zu behandeln. Alle approbierten PP/ KJP in freier Praxis sind somit qualifiziert, Psychotherapie mit der Abrechnung als Privatleistung über Kostenerstattung zu erbringen.

Um die Behandlung regulär über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können, benötigen Psychotherapeuten eine Kassenzulassung. Da sie auf diese oft jahrelang warten müssen, praktizieren approbierte PP und KJP zuvor häufig in der Privatpraxis. Sie behandeln dort Selbstzahler, Privatversicherte oder gesetzlich versicherte Patienten, die aufgrund zu langer Wartezeiten bzw. „über Kostenerstattung" in die Privatpraxis kommen.

Adressen von PP / KJP in Privatpraxen und von Vertragspsychotherapeuten, die alle eine Sprechstunde anbieten, finden Sie u.a. über die Psychotherapeutenkammer Ihres Bundeslandes und auf der Homepage der DPtV unter: www.psychotherapeutenliste.de.

Informationen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen und zum Thema Psychotherapie allgemein finden Sie auf der Homepage **www.dptv.de** unter dem Stichwort **Patienten – Faltblätter und Broschüren.**

www.dptv.de

© Fotos: Fotolia

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Fax 030 235009-44
bgst@dptv.de
www.dptv.de

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Wenn ich keinen Psychotherapieplatz finde…

Patienteninformation | Kostenerstattung

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Psychotherapie ist eine Leistung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherungen. Da es jedoch in manchen Gegenden zu wenige Psychotherapeuten mit Kassenzulassung gibt, kommt es mitunter zu langen Wartezeiten. Wenn Sie als gesetzlich versicherte/r Patient/in vergeblich versuchen, einen Therapieplatz zu erhalten, Sie den Beginn einer Psychotherapie jedoch nicht mehr aufschieben können, haben Sie u.U. die Möglichkeit, Psychotherapie in einer Privatpraxis in Anspruch zu nehmen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen müssen in berechtigten Ausnahmefällen, wie bspw. bei unzumutbar langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz, die Kosten einer selbstbeschafften Leistung (hier: Psychotherapie) übernehmen. In diesem Fall müssen Sie bei Ihrer Krankenkasse einen individuellen Antrag auf Psychotherapie und einen weiteren Antrag auf Kostenerstattung der psychotherapeutischen Behandlung in der Privatpraxis stellen.

Was heißt Kostenerstattung einer selbstbeschafften Leistung?

In jedem Bundesland darf eine bestimmte Anzahl an Psychotherapeuten und Fachärzten gemäß einer „Bedarfsplanung" nicht überschritten werden. Es erhält also nicht jede/r Psychotherapeut/in eine Zulassung zur Abrechnung mit den Gesetzlichen Krankenkassen. Wenn Sie innerhalb einer angemessenen Wartezeit keine/n zugelassene/n Psychotherapeuten/Psychotherapeutin (Vertragsbehandler/in) finden, können Sie sich die benötigte Versorgungsleistung selbst beschaffen. Kostenerstattung heißt: Ihre Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, entstandene Kosten einer Psychotherapie auch bei nicht kassenzugelassenen, approbierten Psychotherapeuten zu erstatten (§13 Abs. 3 SGB V). Gerichte lehnen Wartezeiten auf Behandlungsplätze, die über sechs Wochen hinausgehen, meist als unzumutbar ab, auch sind Ihnen als Patient/in nicht mehr als fünf Anfragen bei Vertragsbehandlern zuzumuten.

Wie wird die Psychotherapie in einer Privatpraxis beantragt?

Vor Aufnahme jeder Psychotherapie ist der Besuch einer psychotherapeutischen Sprechstunde zu empfehlen. Ab dem 01.04.2018 ist dies verpflichtend für alle Patienten. In der Sprechstunde erfolgt eine erste diagnostische Abklärung der Symptomatik und Beschwerden. Sie erhalten im Anschluss eine schriftliche Empfehlung für Maßnahmen, bspw. Hinweise für eine weiterführende Beratung o. Psychotherapie. Dabei muss auch vermerkt werden, dass die Aufnahme der Psychotherapie zeitnah, da dringlich notwendig ist. Bei der weiteren Suche nach Psychotherapeuten können Sie nun Ihre Krankenkasse um Unterstützung bitten. Ist auch das erfolglos, können Sie bei approbierten Psychotherapeuten fragen, die nicht kassenzugelassen sind und daher eigentlich nur private Patienten behandeln. Falls ein/e solche/r Psychotherapeut/in zeitnah einen freien Therapieplatz zur Verfügung hat, sollten Sie zunächst mit Ihrer Krankenkasse mündlich oder besser schriftlich klären, ob diese die Kosten der Behandlung in der Privatpraxis gemäß §13 Abs. 3 SGB V übernehmen wird.

Fragen Sie die Sachbearbeiter der Krankenkasse, wie Sie erfolgreich Ihren Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie stellen können. Betonen Sie die Dringlichkeit, wenn die Therapie notwendig ist und Sie bereits bei mehreren kassenzugelassenen Therapeuten keinen Behandlungsplatz finden konnten. Für die Antragstellung genügt ein individuelles, formloses Schreiben, in dem Sie Ihre Gründe darlegen, warum Sie eine sog. „außervertragliche" psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen möchten. Muster dafür können Sie in der Praxis erfragen.

Dem Antrag sollten Sie folgende Belege zufügen:

- *Eine Bescheinigung mit der Empfehlung aus der psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11) auf Psychotherapie mit dem Vermerk der Dringlichkeit.*
- *Einen schriftlichen Nachweis, dass Sie bislang innerhalb einer zumutbaren Wartezeit keinen Therapieplatz bei zugelassenen Therapeuten erhalten haben (z.B. schriftliche Ablehnungen, Dokumentation der Wartezeit u. Telefonate, bspw. eine Tabelle mit Datum, Uhrzeit und dem Ergebnis der Telefonate mit den Vertragspsychotherapeuten).*
- *Falls Sie einen behandelnden Facharzt für Psychiatrie (ambulant oder in einer Klinik) haben, dann kann auch dieser Ihnen eine weitere Dringlichkeitsbescheinigung, dass die Psychotherapie dringlich und nicht weiter aufschiebbar ist, aushändigen, die Sie dem Antrag beilegen können.*

Ihr/e Psychotherapeut/in unterstützt Sie i. d. Regel und begründet zusätzlich aus eigener Sicht den Antrag. Er/Sie beantragt ebenfalls die Bewilligung probatorischer und psychotherapeutischer Sitzungen (in der Privatpraxis) und die Kostenerstattung der benötigten Leistungen. Im Sinne Ihres Datenschutzes sollten keine zu persönlichen Einzelheiten Ihrer Erkrankung aufgeführt werden. Versenden Sie die kompletten Antragsunterlagen als Einschreiben oder geben Sie sie persönlich bei der Kasse ab.

Die Behandlung kann beginnen, sobald Ihre Krankenkasse die Übernahme der Kosten schriftlich zugesichert hat. Dabei werden häufig erst einmal vier probatorische Sitzungen bewilligt und manchmal für die Bewilligung der Psychotherapie ein Bericht für die Begutachtung gefordert. Dieser anonymisierte Bericht, den Ihr/e Psychotherapeut/in erstellt, wird in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse gesendet. Diese darf den Bericht nicht sichten, sondern sendet ihn zur Beurteilung chiffriert an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Sind die Leistungen von der Kasse bewilligt, erfolgt die Psychotherapie als Privatbehandlung. Sie reichen (bspw. nach einem Monat) die Rechnung/en Ihres Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin bei der Krankenkasse ein, die Ihnen die Kosten dann nachträglich erstattet. Lehnt die Krankenkasse den Antrag ab, besteht die Möglichkeit, mit Verweis auf die Gesetzeslage im SGB V (§13) binnen kurzer Zeit schriftlich Widerspruch bei Ihrer Kasse einzulegen und auf Ihr Recht auf die psychotherapeutische Behandlung und Kostenerstattung zu verweisen.