

Fragen und Antworten rund um die Psychotherapie in der Kostenerstattung

Die Krankenkasse teilte mir mit, Kostenerstattung gebe es bei ihr nicht mehr und ein Antrag sei aussichtslos. Stimmt das?

Nein! Diese Aussage ist nicht zutreffend.

Die gesetzliche Grundlage für die Psychotherapie in der Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V) gilt nach wie vor. Sie haben als Patient*in unter bestimmten Voraussetzungen (nicht grundsätzlich) einen Anspruch auf die Erstattung einer selbstbeschafften Leistung (z. B. eine Psychotherapie in einer Privatpraxis). Die erforderlichen Unterlagen können je nach Krankenkasse unterschiedlich sein. Fragen Sie daher genau nach, welche Vorgaben bei Ihrer Krankenkasse gelten. Diese ist nach § 14 SGB I dazu verpflichtet, über die den Versicherten zustehenden Sozialleistungen zu beraten. Am besten stellen Sie die Anfrage schriftlich und bitten um eine entsprechende schriftliche Antwort. Die Auskunft, dass Kostenerstattung grundsätzlich nicht bewilligt werden könne oder es diese nicht mehr gebe, stellt im Sinne von § 14 SGB I keine ausreichende Beratung dar!

Die Krankenkasse hat mir eine Therapeutin/einen Therapeuten mit Kassensitz vorgeschlagen, welche/r jedoch keinen Therapieplatz für mich hat. Wie soll ich mich verhalten?

Bitten Sie die vorgeschlagene Therapeutin/den Therapeuten darum, dies schriftlich gegenüber der Krankenkasse zu bestätigen und halten Sie Ihren Antrag bzw. Widerspruch aufrecht.

Was kann ich tun, wenn die Krankenkasse fehlende Unterlagen kurz vor Fristablauf anfordert?

Die Krankenkasse hat bei Einschaltung eines Gutachters fünf, ansonsten drei Wochen Zeit, über Ihren Antrag zu entscheiden. Bei Einreichung der Unterlagen sollte genau auf deren Vollständigkeit geachtet werden. Vollständigkeit bedeutet:

- Antrag des/der Versicherten, Antrag des/r Therapeut*in
- PTV 11 aus der Sprechstunde mit einem Dringlichkeitscode (idealerweise mit maximaler Wartezeit und benötigter Häufigkeit der Therapiesitzungen, z. B. „1x wöchentlich“)
- Dringlichkeitsbescheinigung und
- Konsiliarbericht eines/r (Kinder)Psychiaters oder Hausarztes/Kinderarztes und das Protokoll mit dem Nachweis der Therapeut*innensuche (ca. 10/15 Kontaktversuche auflisten)
- und/oder ein Protokoll zur vergeblichen Vermittlung eines Therapieplatzes durch die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung.

Es wird dringend empfohlen, den Antrag persönlich einzureichen und sich dies mit Datum quittieren zu lassen (Alternative: Einschreiben). Denn: Fehlen aus Sicht der Kran-

kenkasse Unterlagen, sieht sie sich unter Umständen nicht mehr an die Frist von drei bzw. fünf Wochen gebunden.

Die Krankenkasse meldet sich länger als fünf Wochen nicht. Wie gehe ich weiter vor?

Zwar sind die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, innerhalb von fünf Wochen über einen Antrag zu entscheiden (drei Wochen, wenn kein Bericht an den Gutachter verfasst wurde), allerdings kann es immer wieder vorkommen, dass die Bearbeitung längere Zeit in Anspruch nimmt. Bis vor Kurzem ließ sich dann über die sog. „Genehmigungsfiktion“ (vgl. § 13 Abs. 3a SGB V) eine Bewilligung erwirken. Dies ist zwar nach wie vor grundsätzlich möglich, jedoch gilt diese Genehmigung gemäß ganz aktueller Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur noch vorläufig, bis die Kasse endgültig über den Antrag entscheiden kann. Sie können also von Ihrem Recht Gebrauch machen, müssen aber damit rechnen, dass Ihnen dieses nur für einen sehr begrenzten Zeitraum zur Verfügung steht. Wir raten daher zum aktuellen Zeitpunkt von diesem Vorgehen ab.

Nähere Informationen.

Die Krankenkasse verweist auf die Termin-Service-Stelle, obwohl ich schon eine Sprechstunde besucht und dort ein Formular erhalten habe, auf dem mein Bedarf festgestellt wurde. Was kann ich tun?

Sie rufen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht umgehend die Terminservicestelle an. Diese hat die Aufgabe, Ihnen innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten bzw. einer Psychotherapeutin zu vermitteln, welche/r in maximal 30 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist. Kann diese/r Ihnen einen Therapieplatz anbieten, besteht kein Anspruch auf die Behandlung in der Kostenerstattung. Scheitert der Vermittlungsversuch jedoch, so können Sie bei der Krankenkasse Widerspruch einlegen. Dieses Vorgehen sollten Sie auch wählen, wenn Sie bereits eine Sprechstunde besucht haben und die Krankenkasse Ihnen (eventuell in einem Ablehnungsschreiben) nahelegt, sich von der Terminservicestelle sog. „probatorische Sitzungen“ vermitteln zu lassen. Hier sollten Sie zeitnah bei der Therapeutin / dem Therapeuten erfragen, ob Ihnen im Anschluss an diese (maximal vier, bei Kindern und Jugendlichen sechs) Sitzungen ein Therapieplatz angeboten werden kann. Ist dies nicht der Fall, können Sie mit dem sog. „Systemversagen“ argumentieren und sich auf § 17 SGB I berufen: Diese Gesetzesgrundlage regelt, dass die notwendigen Sachleistungen (hier: ein Psychotherapieplatz) auch zur Verfügung stehen müssen.

Die Krankenkasse lehnt den Antrag ab – Und jetzt?

Bestehen Sie immer auf einem schriftlichen Ablehnungsbescheid (Bescheid = erkennbar an Rechtsbehelfsbelehrung am Ende des Schreibens)! Danach sind die folgenden Handlungsoptionen möglich:

- Widerspruchsstelle oder -ausschuss der Krankenkasse bemühen (wichtig: ggf. über die Terminservicestelle eine Vermittlung von probatorischen Sitzungen anfragen und dies protokollieren)

- Frist für einen Widerspruch: Ein Monat (eventuell spezialisierte Anwaltskanzlei konsultieren)
- Abwägen: Brief an Vorstand der Krankenkasse oder Beschwerde an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)?
- Klage vor dem Sozialgericht. Kostenlos und ohne Anwalt möglich, jedoch langwierige Verfahren.

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.

Unterstützungsmöglichkeiten

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 Patient*innen an und hat auch einen Beratungsschwerpunkt für das Thema Psychotherapie in der Kostenerstattung

<https://www.patientenberatung.de/de/recht/patientenrechte-als-versicherter/beschwerdeweg-versicherter>

Widerspruch.online

Das derzeit einzige Portal („Legal Tech“) über das man kostenlos und automatisiert einen Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse einlegen kann:

<https://widerspruch.online/>

Juristische Unterstützung

Einige Rechtsanwaltskanzleien haben sich auf Widerspruchsverfahren in der Kostenerstattung spezialisiert und übernehmen den Schriftverkehr mit der Krankenkasse. Bitte die Anwaltskosten vorab erfragen. Das Klageverfahren vor dem Sozialgericht selbst ist kostenfrei!

Diese Informationen wurden zur Verfügung gestellt von Kassenwatch.de, einer interaktiven Meldeplattform des DGVT-Berufsverbands

www.kassenwatch.de

www.dgvt-bv.de