

Vorwort

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandeln psychische Störungen. Gesetzlich Versicherte wenden sich für ihre Behandlung direkt mit der Krankenversicherungskarte an eine Psychotherapeutin /einen Psychotherapeuten. Wenn gesetzlich Versicherten trotz langer Suche kein

Behandlungsplatz bei Vertragsbehandler/innen zur Verfügung steht, haben sie die Möglichkeit, ihre Krankenkasse um Unterstützung zu bitten und sich selbst eine außervertragliche Psychotherapie in einer Privatpraxis zu suchen. So die Theorie.

Doch wie sieht es ein Jahr nach Einführung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie (PT-R) aus?

Mit der neuen PT-R sollte u.a. ein zügigerer Start der ambulanten Psychotherapie ermöglicht werden. Doch ist dies der Fall? Erste Ergebnisse liefert hier die DPtV Wartezeiten-Umfrage und auch der Beitrag von D. Best: „Ein Jahr neue Psychotherapie-Richtlinie. Eine Zwischenbilanz.“ In: Psychotherapie Aktuell 1.2018, S. 26-32. Zwar hat sich die Wartezeit auf ein Erstgespräch (meist die psychotherapeutische Sprechstunde) von 9,8 Wochen auf 6,5 Wochen, also um 33% verkürzt, die Wartezeit auf einen Therapieplatz hat sich seit 2017 fatalerweise verlängert, von 15,3 Wochen auf 19,6 Wochen.

„Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie“ von M. Ruh/C. Rabe im aktuellen Bundesmitgliederbrief 2/2018 der DPtV. Im Ergebnis hat in den befragten Praxen eine Leistungsverschiebung von der Richtlinien-Psychotherapie hin zu den neuen Leistungen psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung stattgefunden. Auch die von der DPtV durchgeführte DPtV Umfrage 2017/18 in Privatpraxen zeigt deutlich, dass nicht auf Behandlungsplätze in Privatpraxen für Psychotherapie verzichtet werden kann (vgl. DPtV-Bundesmitgliederbrief 1.2018: goo.gl/uFPMX8).

Viele Neuapprobierte starten mit den Chancen und Risiken einer Privatpraxis, so dass es in Deutschland kaum an qualifizierten und gut ausgebildeten Psychotherapeuten fehlt. Eine Privatpraxis kann zwar normalerweise nicht mit einer gesetzlichen Krankenkasse abrechnen, im Fall des o.g. „Systemversagens“ können gesetzlich Versicherte nach SGB V § 13 Abs. 3 (3) ggü. ihrer Krankenkasse die Kosten für eine ambulante Psychotherapie in einer Privatpraxis geltend machen. Daran hat sich durch die PT-R nichts verändert. Die Beantragung einer sog. außervertraglichen Psychotherapie ist komplex. Patienten benötigen Informationen über die Möglichkeiten des Vorgehens bei der Beantragung und Durchsetzung ihres Anspruches, doch einen regulären Anspruch gibt es nicht. Das Procedere kann in einzelnen Regionen variieren, nutzen Sie unsere regionalen „KE-Netzwerke“. Wie sieht es aktuell aus?

Seit dem Start der neuen PT-R im April 2017 beobachten wir, dass es zunehmend schwieriger wird, eine Bewilligung für eine Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung (KE) von den Krankenkassen zu erhalten. Während die Krankenkassen vor der Reform der PT-R bei langen Wartezeiten und vielen Absagen durch kassenzugelassene Psychotherapeut/innen die Behandlung bei PP/KJP ohne Kassenzulassung gemäß SGB V § 13 (3) meistens bewilligten, so verweigern sie jetzt immer häufiger die Kostenerstattung mit dem Hinweis z.B. auf die neue

Richtlinie, auf die psychotherapeutische Sprechstunde wie auch auf die Option, dass Terminservicestellen (TSS) der KV einen Termin für eine Sprechstunde vergeben.

Unsere Umfrage 2017/18 unter 422 Mitgliedern in Privatpraxen ergab, dass vor der Reform im Schnitt zwei Anträge je Monat genehmigt wurden. Nun sind es nur noch 0,6. Oft werden die Zusagen ggü. dem Antrag gekürzt. Fast 50 % der Kollegen/innen bestätigen, dass die Kasse behauptete, KE gebe es seit April 2017 nicht mehr. Dies ist faktisch falsch und entspricht nicht der gesetzlichen Grundlage. Laut Barmer bleiben psychische Störungen der zweithäufigste Grund für längere AU- Zeiten.

KE zu diesem Zeitpunkt „einzufrieren“ erscheint konterkariierend und ist rechtswidrig. Patienten können zwar bei der Unabhängigen Patientenberatung, beim regionalen Bürgertelefon oder dem Bundesversicherungsamt Beschwerden einlegen. Es handelt sich um sog. Eingaben an die Aufsichtsbehörde, jedoch ist es ihnen kaum zuzumuten, als psychisch erkrankter Mensch auf diesem Weg die Kostenzusage für eine Behandlung zu erstreiten. Die von den Krankenkassen noch relativ neu erstrittene Vermittlung auch von probatorischen Sitzungen in Blickrichtung Richtlinien-Psychotherapie über die TSS der Kassenärztlichen Vereinigungen wird die Privatpraxen, vermutlich ab 1.10.18, vor neue Herausforderungen stellen. Wir werden unsere Mitglieder auf dem Laufenden halten. KE wird von vielen Krankenkassen „ausgebremst“, das ist die Realität, jedoch besteht der Anspruch der Patienten gemäß SGB V, §13 (3) wie o.g. fort.

Wenn Sie sich als Behandler/innen in der Privatpraxis auf diese Veränderungen einstellen und Patienten entsprechend beraten, ist es oft weiterhin möglich, dass Patienten die KE-Beantragung gelingt. Doch Ihre Patienten sollten sich vorab eine schriftliche Bewilligung ihrer Kasse einholen. Bedenken Sie, der Antrag einer außervertraglichen Psychotherapie kann nur der letzte Ausweg sein. Vorab muss der Patient /die Patientin immer eine Sprechstunde in einer GKV-Praxis besuchen. Dort erfolgt die Indikationsstellung inkl. ggf. Dringlichkeitsvermerk auf der individuellen Patienten-information (PTV 11).

Im vorliegenden Handbuch erklären wir ausführlich die notwendigen Verfahrensweisen und die relevanten Begriffe für die Privatpraxis. Für das Antragsverfahren stellen wir Muster für die individ. Antragstellung zur Verfügung. Nicht selten kommt es zuerst zur Ablehnung durch die Krankenkasse. Patienten können Widerspruch einlegen. Darüber, wie sich Patienten im Falle einer Ablehnung verhalten können und über die Spezifika der Abrechnung finden Sie weitere Informationen im Handbuch.

Nutzen Sie für Fragen unsere vitale Mailingliste kostenerstattung@infomail.dptv.de und das Schulungsvideo zur KE im Mitgliederbereich unserer Homepage www.dptv.de

Profitieren Sie von vielfältigen langjährigen Erfahrungen. Gemäß geltender Gesetzeslage haben wir auch Urteile und Musterformulierungen benannt, die Ihre Patienten mglw. benötigen, um erfolgreich mit der Krankenkasse zu verhandeln. Dieser dritten Auflage mögen dennoch Hinweise und weitere Praxistipps fehlen. Sollten Sie dies feststellen, senden Sie uns gerne Ihre Ergänzungsvorschläge an bgst@dptv.de.

Alle Muster für Antragsformulare u. Widerspruch finden Sie im Mitgliederbereich unserer Homepage (siehe: Intern – Materialien zum Download, u.a. in der Rubrik „Basics der Berufsausübung“, „Formulare/Vorlagen“ und „Vorträge/Videos“). Ferner bieten wir Seminare, bspw. „Privatpraxis und Kostenerstattung“ und „Praxisgründung“, bei DPTV-Campus an und

veröffentlichen Beiträge v. Juristen zu neuen rechtlichen Entwicklungen in der
Verbandszeitschrift Psychotherapie Aktuell.

Wir hoffen sehr, Ihnen als Psychotherapeut/in in Ihrem Praxisalltag mit diesem „FAQ-
Handbuch“ für die Privatpraxis wertvolle Unterstützung anzubieten.

Kerstin Sude
Stellvertretende Bundesvorsitzende