

PRESSEMITTEILUNG

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon +49 30 2350090
Fax +49 30 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

PRESSE
Ursula-Anne Ochel
Tel.: 033636 – 27 90 78
Fax: 033636 – 27 90 79
Mobil: 0171 322 43 46
DPTV-Presse@t-online.de

PM 03_2018

Psychotherapie - Kostenerstattung Kassen blockieren Behandlung

Berlin, 21. Februar 2018. Umfrageergebnisse der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) zeigen: Gesetzliche Krankenkassen lehnen seit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie (1. April 2017) vermehrt Anträge auf eine Übernahme der Kosten für benötigte ambulante Psychotherapien ab. Dies, obwohl das Sozialgesetzbuch V (SGB V) in § 13 Abs. 3 eindeutig regelt: „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war“.

„Durch dieses Vorgehen werden die Patientinnen und Patienten daran gehindert, möglichst bald eine Psychotherapie zu beginnen. Außerdem verlangen einige Kassen, dass die Betroffenen eine psychotherapeutische Sprechstunde durchlaufen, obwohl dies erst im April 2018 verpflichtend für die Patienten wird. Viele Kassen blockieren damit eine Behandlung, obwohl seit langem bekannt ist, dass nicht ausreichend Psychotherapeuten im GKV-System tätig sind“, berichtet Dipl.-Psych. Kerstin Sude, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung.

Die DPTV-Umfrage zeigt: Seit dem 1. April 2017 wurden deutlich weniger Anträge zur Psychotherapie über Kostenerstattung genehmigt als in den davor liegenden

Zeiträumen. „Die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz bestehen weiter und die Lage wird zunehmend verschärft, wenn die Kassen keine Kostenerstattung mehr bewilligen. Wir raten den Betroffenen, mit rechtlichen Schritten dagegen vorzugehen“, betont Kerstin Sude.

Der DPTV liegen durch die Mitgliederumfrage aktuelle Daten vor. 422 in Privatpraxen niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligten sich an der Umfrage, besonders viele aus den Bundesländern Hamburg, Berlin und Nordrhein-Westfalen.

Die Auskünfte der Krankenkasse an ihre Versicherten entsprechen nicht immer der tatsächlichen Rechtslage. So berichten 63 Prozent der 422 Psychotherapeuten, dass der Antrag auf Kostenerstattung mit dem Verweis abgelehnt wurde, dass seit 2017 Terminservicestellen (TSS) Therapien vermitteln. Das ist falsch: Die TSS haben die Aufgabe, innerhalb von vier Wochen einen ersten Sprechstunden-Termin oder eine dringende Akutbehandlung zu vermitteln. Damit ist aber noch kein Therapieplatz gesichert.

47 Prozent der Befragten gaben an, dass den Patienten mitgeteilt werde, dass Kostenerstattung seit dem 1. April 2017 gar nicht mehr „existiere“; 41 Prozent berichteten, dass die Kassen auf die Option einer Akutbehandlung verweisen, doch ist dies keine Richtlinien-Psychotherapie. Auch sagten 40 Prozent der Befragten aus, dass ihren Patienten von Kassen mitgeteilt wurde, dass Wartezeiten zumutbar seien, obwohl in der Regel eine Dringlichkeitsbescheinigung von einem Arzt oder Psychotherapeuten vorlag. 14 Prozent der Befragten gaben an, dass als Alternative auf stationäre Behandlung verwiesen wurde.

„Die hohen Nachfragezahlen zeigen, dass mehr Psychotherapie gebraucht wird, als im System angeboten wird. Die für die Patienten beste Lösung wäre es, mehr Psychotherapeuten eine Kassenzulassung zu ermöglichen. Bis dahin wird die Möglichkeit, Psychotherapie per Kostenerstattung zu erhalten, dringend benötigt. Wir fordern die Krankenkassen und den Gesetzgeber auf, hier endlich zu handeln“, bekräftigt Sude.

- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) § 13 Abs. 3

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

Fragen von Journalisten beantwortet:

Ursula-Anne Ochel, Tel.: 033636 – 27 90 78 | Mob: 0171 – 322 43 46
E-Mail: DPTV-Press@t-online.de