

Pressemitteilung

Ausgaben für Kostenerstattung mehr als verfünffacht

BPtK: Ohne Privatpraxen keine gesicherte psychotherapeutische Versorgung mehr

Berlin, 29. April 2013: Psychisch kranke Patienten müssen immer häufiger auf das Kostenerstattungsverfahren zurückgreifen, weil sie keinen Behandlungsplatz bei einem zugelassenen Psychotherapeuten finden. Von 2003 bis 2012 haben sich die Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungen für Psychotherapie verfünffacht, von knapp acht Millionen Euro auf über 41 Millionen Euro. Allein von 2011 auf 2012 sind sie um 25 Prozent gestiegen.

„Ohne die Behandlungsplätze von Psychotherapeuten in Privatpraxen ist oft eine gesicherte Versorgung von psychisch kranken Menschen nicht mehr möglich“, stellt Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fest. „Die künstliche Verknappung der zugelassenen Psychotherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt für die Patienten weiterhin ein großes Problem. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen kommen ihrem gesetzlichen Auftrag nicht ausreichend nach, eine rechtzeitige Behandlung in der Regelversorgung sicherzustellen.“

Findet ein gesetzlich krankenversicherter Patient keinen Behandlungsplatz bei einem zugelassenen Psychotherapeuten, so kann er bei seiner Krankenkasse die Behandlung durch einen nicht zugelassenen, aber ebenso qualifizierten Psychotherapeuten beantragen. Voraussetzung ist, dass es sich um eine „unaufschiebbare Leistung“ handelt. „Psychische Erkrankungen erfordern in der Regel solche unaufschiebbaren Leistungen. Ein Patient sollte nicht länger als drei Wochen auf einen ersten Termin beim niedergelassenen Psychotherapeuten warten müssen“, erklärt BPtK-Präsident Richter.

Diese Anträge auf Kostenerstattung gelten nach Ansicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von höchstens fünf Wochen von der Krankenkasse entschieden werden. Dies stellte das BMG in seiner Antwort auf die schriftliche Frage der Bundestagsabgeordneten Maria Klein-Schmeink klar. Danach gelten die neu geregelten Fristen auf Leistungen (§ 13 Absatz 3a SGB V) auch für die Regelungen der Kostenerstattung (§ 13 Absatz 3 SGB V).

„Der Gesetzgeber hat hier der Praxis einiger Kassen einen Riegel vorgeschoben“, erläutert Richter. „Seit einiger Zeit berichten Versicherte der BPtK immer wieder, dass ihre Kassen Kostenerstattungsanträge einfach liegen lassen. Zukünftig können Krankenkassen die Behandlung so nicht mehr verzögern.“ Die Frist beträgt drei Wochen und – soweit Gutachten eingeholt werden – fünf Wochen.

In ihrer Antwort stellt die Bundesregierung ebenfalls klar, dass die tatsächlich entstandenen Kosten der Behandlung nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten zu erstatten sind. Der Erstattungsanspruch ist nicht auf die Höhe der Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

Download:

[Tabelle: Ausgaben für Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V](#)

Ihr Ansprechpartner:

Herr Kay Funke-Kaiser
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Telefon: 030 278785-0
E-Mail: presse@bptk.de