

FAQs zur Kostenerstattung

nach § 13 Abs. 3 SGB V

1. Wer stellt den Kostenerstattungsantrag?

Der Antrag auf Kostenerstattung wird vom Patienten gestellt. Denn der „Kostenerstattungsanspruch“ nach § 13 Abs. 3 SGB V, der hier betroffen ist, ist ein Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse.

2. Wie ist das „Antragsverfahren“ ausgestaltet?

Ein formales „Antragsverfahren“ auf Kostenerstattung ist gesetzlich nicht vorgesehen. § 13 Abs. 3, Satz 1 SGB V bestimmt lediglich, dass die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten zu erstatten hat, die diesem dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig gewähren konnte, und die er sich daher selbst beschafft hat. Bei unvoreingenommener Betrachtung scheint es demnach so, als würde der Patient zuerst die Leistungen in Anspruch nehmen, und erst im Nachhinein Kostenerstattung verlangen.

Allerdings muss der Versicherte nach der Rechtsprechung, bevor er sich eine Leistung selbst beschafft, grundsätzlich zunächst die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren konfrontieren. Es muss sich daraufhin herausstellen, dass diese die Leistung tatsächlich nicht zur Verfügung stellen kann (vgl. BSG, Urteil v. 25.09.2000, B 1 KR 5/99 R). Die Krankenkasse soll prüfen können, ob die Leistung verfügbar ist und dies dem Versicherten ggf. mitteilen, ihm also beispielsweise einen konkreten Psychotherapeuten benennen können. Wird der Krankenkasse nicht die Möglichkeit gegeben, die Leistung zur Verfügung zu stellen, so kann der Versicherte die Kosten für die Leistung später grundsätzlich nicht erstattet verlangen.

Auch wenn ein Antragserfordernis sich also nicht unmittelbar aus dem Gesetzeswortlaut ergibt, hat sich aus dieser Notwendigkeit, die Krankenkasse vor Inanspruchnahme einer selbstbeschafften Leistung mit dem Leistungsbegehren zu konfrontieren und ihr die Möglichkeit zu geben, die betreffende Leistung zur Verfügung zu stellen, insbesondere im Rahmen der Psychotherapie in der Verwaltungspraxis eine Art quasi-formalisiertes Antragsverfahren etabliert.

In der Regel beantragt der Versicherte allerdings nicht die Leistung „psychotherapeutische Behandlung“. Vielmehr wird üblicherweise von vornherein ein „Kostenübernahmeantrag“ gestellt. Die Krankenkassen haben die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung zu übernehmen, wenn

- die Bescheinigung eines zur psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der GKV-Versorgung berechtigten Behandlers vorliegt, dass eine psychotherapeutische Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist,
- der Versicherte nachweist, dass in den nächsten Wochen/Monaten keine Therapie bei einem zugelassenen Psychotherapeuten möglich ist, wofür üblicherweise ein Protokoll der Suche verlangt wird, aus dem sich ergibt, dass der Versicherte bei 3 bis 5 Behandlern erfolglos nach einem Therapieplatz gefragt hat, und

- der Versicherte die Bescheinigung eines approbierten Psychotherapeuten in Privatpraxis vorlegt, dass die Behandlung kurzfristig übernommen wird.

3. Muss der Psychotherapeut den Patienten bei der Antragsstellung unterstützen?

Nach dem gesetzlichen Leitbild soll der Versicherte die Übernahme der Kosten vor Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (also auch vor der Durchführung probatorischer Sitzungen) beantragen.

Unterstützung kann der in Aussicht genommene Psychotherapeut hier zunächst insoweit bieten, als er bescheinigt, dass die Behandlung kurzfristig übernommen wird bzw. werden kann. Eine Verpflichtung, den Patienten darüber hinaus zu unterstützen, besteht im Ausgangspunkt nicht.

Hat sich der Psychotherapeut allerdings verbindlich dazu bereit erklärt, den Patienten bei der Antragstellung zu unterstützen, so besteht auch eine entsprechende rechtliche Verpflichtung, diese Zusage einzuhalten. So ist beispielsweise denkbar, dass der Psychotherapeut sich dazu verpflichtet, dem Patienten geeignete Fachärzte für eine Dringlichkeitsbescheinigung zu nennen. In der Praxis ist es zudem, soweit ersichtlich, weit verbreitet, dass der Psychotherapeut sich dazu bereit erklärt, den Kostenübernahmeantrag für den Patienten zu stellen, nachdem dieser alle Unterlagen gesammelt hat, und in einem ergänzenden Schreiben an die Krankenkasse kurz darzulegen, warum aus seiner Sicht eine psychotherapeutische Behandlung notwendig ist.

Wurde zunächst nur die Kostenübernahme für die probatorischen Sitzungen zugesagt, muss nach deren Abschluss auch die Kostenübernahme für die eigentliche Therapie beantragt werden. Die Antragstellung entspricht, soweit ersichtlich, ab diesem Zeitpunkt in der Praxis weitgehend dem Antragsverfahren in der vertragspsychotherapeutischen Behandlung (§ 25 Psychotherapie-Richtlinie). Wiederum handelt es sich um einen Antrag des Versicherten. Der Psychotherapeut muss in einem begleitenden Schreiben der Krankenkasse die Diagnose mitteilen, die Indikation begründen und Art und Umfang der geplanten Therapie beschreiben. Zudem sollte der Antrag, wenn eine Langzeittherapie beabsichtigt ist, auch einen fallbezogenen Behandlungsplan (Bericht an den Gutachter) enthalten.

Die Pflicht, diesen Beitrag zur Antragsbegründung zu leisten, ist Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Verletzt der Psychotherapeut diese Pflicht, kann dem Patienten daher ein Schadensersatzanspruch zustehen.

Spätestens zu diesem Zeitpunkt bedarf es neben den o.g. Unterlagen zudem des Konsiliarberichts eines Arztes.

4. Darf der Psychotherapeut mit der Behandlung beginnen, bevor der Kostenerstattungsantrag bewilligt ist? Was muss der Psychotherapeut hierbei insbesondere hinsichtlich der Vergütung beachten?

Es gibt weder ein berufsrechtliches noch ein sonstiges Verbot, mit der Behandlung vor der Kostenübernahmezusage zu beginnen. Allerdings ist zu beachten, dass ein Kostenerstattungsanspruch gemäß § 13 Abs. 3 SGB V grundsätzlich nur besteht, wenn der Patient seine Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung mit dem

Leistungsbegehren konfrontiert hat und sich herausgestellt hat, dass diese nicht dazu in der Lage ist, die Leistung zur Verfügung zu stellen (s.o. Frage 1). Dies bedeutet auch, dass die Entscheidung über den Kostenübernahmeantrag grundsätzlich abzuwarten ist.

Ein Erstattungsanspruch des Patienten aus § 13 Abs. 3 SGB V für Kosten, die vor einer Entscheidung der Krankenkasse über einen Kostenübernahmeantrag entstehen, besteht in aller Regel also nicht. Anders als in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung muss

der Patient daher de jure übrigens auch probatorische Sitzungen, die vor einer Entscheidung der Krankenkasse durchgeführt werden, selbst tragen. Dies muss insbesondere dem Psychotherapeuten klar sein. Er muss den Patienten hierüber aufklären, bevor er mit der Leistungserbringung beginnt.

Gemäß § 630c Abs. 2 BGB gilt nach Abschluss eines Behandlungsvertrages außer- dem: Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungs- kosten durch einen Dritten (also bspw. die Krankenkasse) nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform (vgl. § 126b BGB) informieren. Erforderlich ist damit nicht nur eine Aufklärung darüber, dass Kosten der Behandlung, die vor der Entscheidung der Krankenkasse stattfindet, nicht erstattet werden. Erforderlich ist auch eine verschriftlichte Information über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung. Diese muss den Namen des informierenden Therapeuten erkennen lassen. Sie muss zwar nicht unterschrieben sein, der Abschluss der Erklärung muss aber erkennbar gemacht sein, bspw. durch Datierung, Grußformel o.ä. Eine Unterschrift ist zweckmäßig.

Sowohl eine unterlassene Aufklärung darüber, dass eine Behandlung vor einer Entscheidung der Krankenkasse grundsätzlich nicht erstattungsfähig ist, als auch ein Verstoß gegen das Textformerfordernis, kann zu einem Schadensersatzanspruch des Patienten in Höhe des Betrages führen, den dieser wegen des „verfrühten“ Behandlungsbeginns nicht erstattet erhält. Im Ergebnis kann der Therapeut damit bei einer Verletzung der beschriebenen Pflichten für Leistungen vor der Kostenübernahmeentscheidung keine Vergütung vom Patienten verlangen.

5. Welche Rolle spielt der neue § 13 Abs. 3a SGB V?

Nicht ganz eindeutig ist, welche Bedeutung die Neuregelung des § 13 Abs. 3a SGB V in diesem Zusammenhang hat. Danach hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen spätestens bis zum Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eingeholt wird, beträgt die Entscheidungsfrist 5 Wochen. Kann die Krankenkasse die Frist nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Anscheinend wurde mit § 13 Abs. 3a SGB V ein weiterer Kostenerstattungstatbestand eingeführt, der neben dem Anspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V steht. Auf den bisher üblichen Kostenübernahmeantrag (vgl. Frage 2) im Rahmen der Psychotherapie passt die Vorschrift dem Wortlaut nach allerdings nur bedingt. Hier liegt streng genommen kein „Antrag auf Leistungen“ vor. Denn mit Leistungen dürften in § 13 Abs. 3a SGB V nur Sach- bzw. Dienstleistungen, d.h. bspw. die psychotherapeutische Behandlung selbst, gemeint sein. Berücksichtigt man allerdings den Zweck des § 13 Abs. 3a SGB V, Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen zu beschleunigen, und den Versicherten eine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenkasse an die Hand zu geben (vgl. die Gesetzesbegründung, BT-Drs. 17/104088, S. 32), so dürfte die Vorschrift auch im Falle eines Kostenübernahmeantrages anzuwenden sein.

Es empfiehlt sich aber ggf., den Kostenübernahmeantrag mit Blick auf den Wortlaut des Wortlauts des § 13 Abs. 3a zu modifizieren. Der Patient sollte explizit beantragen, ihm eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragspsychotherapeuten zu gewähren.

Dieser Antrag sollte mit dem oben beschriebenen Antrag auf Kostenübernahme bei dem in Aussicht genommenen Psychotherapeuten (vgl. Frage 2) verbunden werden, und zwar für den Fall, dass ein anderweitiger Therapieplatz, bei dem eine Behandlung sofort begonnen werden kann, nicht binnen dreier Wochen benannt wird.

Unter diesen Voraussetzungen befreit § 13 Abs. 3a SGB V zwar nicht von der Notwendigkeit, die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren zu konfrontieren, bevor eine Leistung selbst beschafft wird. Vielmehr setzt die Vorschrift einen Antrag zwingend voraus. Anders als bei § 13 Abs. 3 SGB V dürften aber nach Ablauf der 3- Wochen-Frist jedenfalls die probatorischen Sitzungen bereits vor einer Entscheidung der Krankenkasse erstattungsfähig sein, wenn die Behandlung erforderlich ist.

Zu beachten ist weiter: Kosten der auf die probatorischen Sitzungen folgende Kurz- oder Langzeittherapie können nach § 13 Abs. 3a SGB V frühestens erstattet werden, wenn die Krankenkasse über den entsprechenden Leistungsantrag nicht innerhalb von 5 Wochen entscheidet. Denn hier ist vor Bewilligung eine gutachtliche Stellungnahme erforderlich (vgl. §§ 25, 26 Psychotherapie-Richtlinie).

Wegen der Unsicherheiten, die insbesondere aus dem Wortlaut des § 13 Abs. 3a SGB V folgen, empfiehlt es sich derzeit unbedingt, den Patienten darüber aufzuklären, dass nicht sicher abgeschätzt werden kann, ob tatsächlich ohne weiteres ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht, wenn die Krankenkasse auf einen Kostenübernahmeantrag nicht binnen 3 (Probatorik) bzw. 5 Wochen (Kurz- oder Langzeittherapie) reagiert.

6. Darf die Krankenkasse den Kostenerstattungsbetrag auf den Betrag begrenzen, den ein zugelassener Psychotherapeut nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen könnte?

Ein zugelassener Psychotherapeut erhält für eine psychotherapeutische Sitzung derzeit ca. 82,- € von der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Höhe dieser Vergütung berechnet sich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Häufig sagt die Krankenkasse dem Versicherten in einem Kostenübernahmebescheid aber (nur) zu, Kosten in Höhe dieses EBM-Satzes zu erstatten bzw. zu übernehmen. Diese Begrenzung auf den EBM-Satz ist rechtswidrig:

Der Wortlaut des § 13 Abs. 3 SGB V spricht einen Anspruch auf die Erstattung der Kosten in der durch die nicht rechtzeitige Leistungsgewährung entstandenen Höhe zu. Dies lässt sich nicht anders verstehen, als dass die Höhe des Kostenerstattungsanspruches allein von der Höhe des Zahlungsanspruchs des Psychotherapeuten gegen den Versicherten aus dem Behandlungsvertrag abhängt. Dieser Zahlungsanspruch kann den EBM-Satz überschreiten (vgl. Frage 7).

Der Psychotherapeut ist zwar nicht frei, einen Preis zu verlangen, der ihm angemessen erscheint. Die Höhe der abrechenbaren Gebühren ist vielmehr durch die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), die auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) verweist, beschränkt (vgl. näher Frage 12). Der EBM spielt für die Höhe des Zahlungsanspruches des Psychotherapeuten allerdings keine Rolle, da durch diesen nur Vertragspsychotherapeuten bei der Behandlung gesetzlich Versicherter gebunden sind.

Wie die Krankenkassen zu der Annahme gelangen, die Kostenübernahme dürfe auf den EBM Satz beschränkt werden, ist nicht nachzuvollziehen. Es muss davon ausgegangen werden, dass diese Praxis der Tatsache geschuldet ist, dass es keine höchst- richterliche Rechtsprechung gibt, die genau diesen Fall explizit für rechtswidrig er- klärt. Möglicherweise sind hierzu auch noch keine (Gerichts-)Verfahren angestrengt worden. Angesichts des klaren Wortlauts des § 13 Abs. 3 SGB V besteht hier aber kein Interpretationsspielraum. Entsprechend heißt es in der juristischen Fachliteratur

„Anders als bei gewählter Kostenerstattung ist der Erstattungsumfang bei Absatz 3 nicht auf die Sachleistungssätze begrenzt. Vielmehr sind Kosten in der (tatsächlich) entstandenen Höhe zu erstatten.“ (jurisPK/Helbig, § 13 SGB V, Rn. 59)

ohne, dass anders lautende Stimmen zu finden wären.

Eine Kostenübernahmezusage, die auf die EBM-Sätze beschränkt ist, ist daher rechtswidrig. Der Versicherte (nicht der Psychotherapeut) kann hiergegen Widerspruch einlegen.

7. Darf der Psychotherapeut vom Patienten im Kostenerstattungsverfahren einen höheren Betrag verlangen als den EBM-Satz von ca. 82 €, den die Krankenkasse ggf. zusagt?

Bei der Behandlung im „Kostenerstattungsverfahren“ handelt es sich um eine Privatbehandlung. Für die Abrechnung medizinischer Leistungen im Rahmen einer Privatbehandlung stellen die GOP/GOÄ zwingendes Recht dar. Der Psychotherapeut muss von seinem Patienten daher - wie bei jeder Privatbehandlung - eine Vergütung nach der GOP/GOÄ verlangen. Die GOP/GOÄ ordnen den einzelnen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen bestimmte Gebühren zu. Abgerechnet werden kann in der Regel das ein- bis 3,5-fache des bei der jeweiligen Leistung aufgeführten Gebührensatzes. Innerhalb dieses Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der (konkreten) Leistung zu bemessen. Im Normalfall, also bei Leistungen von durchschnittlicher Schwierigkeit, kann stets der 2,3-fache Gebührensatz abgerechnet werden (vgl. BGH, Urteil vom 08.11.2007, III ZR 54/07). Ob der Patient gesetzlich versichert ist, bzw. inwieweit für diesen überhaupt eine Erstattung der Kosten durch Dritte gesichert ist, stellt keinen Umstand dar, der bei der Festlegung des konkreten Steigerungssatzes berücksichtigt werden kann.

Die einfachen Gebühren für eine psychotherapeutische Einzelsitzung betragen nach der GOÄ 40,22 € für Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bzw. 43,72 € für Verhaltenstherapie. Für eine psychoanalytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Einzelsitzung beträgt die „Normalvergütung“ nach der GOÄ also 92,50 €, für eine verhaltenstherapeutische Einzelsitzung 100,56 €. Dieser Betrag kann dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Zu beachten ist aber die wirtschaftliche Aufklärungspflicht (vgl. oben Frage 4). Der Patient ist darüber aufzuklären, dass für den Teil der Vergütung, die den EBM- Satz übersteigt, eine Erstattung durch die Krankenkasse gegebenenfalls nicht erfolgt. Unterlässt er dies, kann der Patient einen Schadensersatzanspruch in Höhe des überschießenden Betrags haben, so dass der Therapeut diesen im Ergebnis nicht verlangen kann. Dies gilt, obwohl die Praxis der Krankenkassen, eine Kostenübernahme nur in Höhe der EBM-Vergütung zuzusagen, rechtswidrig ist (vgl. Frage 6).

Die Information über die voraussichtliche Höhe der Kosten hat gemäß § 630c Abs. 2 BGB außerdem in Textform gemäß § 126b BGB zu erfolgen (vgl. Frage 4). Aus der Information müssen sowohl der Gesamtbetrag der voraussichtlichen Kosten als auch der Betrag, den der Patient voraussichtlich insgesamt selbst zu tragen hat, ersichtlich werden.

Eine Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungs- bzw. der Informationspflicht kann ggf. einen Schadensersatzanspruch des Patienten nach sich ziehen (vgl. Frage 4).

8. Darf ein Psychotherapeut Patienten im Kostenerstattungsverfahren behandeln, wenn er - z.B. als Job-Sharer mit einem halben Versorgungsauftrag - an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnimmt? Wie ist dies bei Psychotherapeuten zu bewerten, die mit Genehmigung des Zulassungsausschusses bei einem Vertragspsychotherapeuten oder –arzt angestellt sind?

a) Für Psychotherapeuten die über eine eigene Zulassung verfügen und für Psychotherapeuten, die sich in einer Gemeinschaftspraxis als Job-Sharer eine Zulassung teilen, gilt insoweit „entweder - oder“. Wer an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnimmt, kann zwar daneben Privatpatienten behandeln. Unter sehr strengen Voraussetzungen kann ausnahmsweise

auch eine privat liquidierte Behandlung gesetzlich Versicherter in Betracht kommen (vgl. § 18 Abs. 10 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Die Behandlung gesetzlich Versicherter im „Kostenerstattungsverfahren“ ist für Vertragspsychotherapeuten aber nicht zulässig. Dies folgt jedenfalls daraus, dass diesen die Ablehnung der Behandlung gesetzlich Versicherter nur in begründeten Fällen erlaubt ist. Finanzielle Aspekte – wie bspw. die Möglichkeit im Rahmen der Kostenerstattung eine höhere Vergütung als nach dem EBM zu erzielen (vgl. Frage 4), berechtigen einen Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten nicht, einem Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gänzlich zu verweigern (BSG v. 14.03.2001, B 6 KA 54/00 R).

- b) Für Psychotherapeuten, die mit Genehmigung des Zulassungsausschusses bei einem Vertragsbehandler angestellt sind, dürfte anderes gelten. Die Anstellung wird vom Zulassungsausschuss nur in einem bestimmten zeitlichen Umfang genehmigt (bspw. 20 Stunden/Woche). Der Angestellte darf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur in dem genehmigten Umfang tätig werden und ist auch arbeitsvertraglich nicht dazu verpflichtet, darüber hinaus tätig zu werden.

Hat er sein Kontingent erfüllt, so muss er im Rahmen seiner Privatpraxis Patienten auch im Wege der Kostenerstattung behandeln dürfen. Allerdings dürfte zu fordern sein, dass die Privatpraxis auch räumlich von der Praxis getrennt ist, in der der betreffende Psychotherapeut als Angestellter tätig ist. Zudem ist zu empfehlen, bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzufragen, ob diese insoweit eine abweichende Rechtsauffassung vertritt.

9. Ist eine Praxisgemeinschaft zwischen einem zur GKV-Versorgung zugelassenen und einem „Kostenerstattungsbehandler“ möglich?

Weder aus vertragsarztrechtlichen, noch aus berufsrechtlichen Vorschriften ergibt sich ein Verbot einer Praxisgemeinschaft zwischen einem Vertragspsychotherapeuten und einem als Privatbehandler im „Kostenerstattungsverfahren“ tätigen Psychotherapeuten.

10. Darf ein Vertragstherapeut gesetzlich Versicherte an nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassene Kollegen verweisen und dieser die Versicherten dann im „Kostenerstattungsverfahren“ behandeln?

Grundsätzlich ist dies möglich. Der Vertragspsychotherapeut hat allerdings zu beachten, dass er auf Grund seines Versorgungsauftrags gesetzlich Versicherte grundsätzlich behandeln muss. Die Behandlung darf nur aus sachlichem Grund abgelehnt werden. Ein solcher sachlicher Grund kann in einer vollen Warteliste bzw. mangelnden Behandlungskapazitäten liegen.

Für beide beteiligte Psychotherapeuten ist zudem das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu beachten. Es gilt sowohl berufsrechtlich (§ 5 Abs. 8 BO), als auch vertragsarztrechtlich (§ 73 Abs. 7 SGB V), so dass ein Verstoß ggf. für den Vertragspsychotherapeuten die Zulassungsentziehung und berufsrechtliche Folgen haben kann. Verboten ist insbesondere, die Zuweisung bzw. Überweisung von Patienten gegen Entgelt zu versprechen oder sich versprechen zu lassen. § 5 Abs. 8 BO und § 73 Abs. 7 SGB V verbieten explizit nicht nur Zuweisungen von Patienten gegen Entgelt, sondern auch die Zuweisung gegen andere geldwerte Vorteile.

11. Darf der Psychotherapeut einen (nicht gesetzlich versicherten) Privatpatienten einem „Kostenerstattungspatienten“ vorziehen, wenn beide zeitgleich nach einem Therapieplatz fragen?

„Kostenerstattungspatienten“ sind für den nicht zur GKV-Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten, ebenso wie alle anderen Patienten, „Privatpatienten“. Anders als ein Vertragstherapeut ist der Privatbehandler auch insbesondere nicht dazu verpflichtet,

gesetzlich Versicherte zu behandeln.

Es gilt vielmehr die Privatautonomie, zu der auch die so genannte Vertragsabschlussfreiheit zählt. Der Psychotherapeut kann grundsätzlich frei entscheiden, mit wem er einen Behandlungsvertrag abschließen will und ob er überhaupt einen Behandlungsvertrag schließen will.

Die Berufsordnung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer verpflichtet die Kammermitglieder in § 3 Abs. 2 allerdings unter anderem auf das Prinzip der Gerechtigkeit. Ein Verstoß hiergegen läge bspw. im Vorzug eines Patienten unter Umgehung der Warteliste aus Gründen persönlicher Vorteile für den Therapeuten, etwa, wenn der Patient dem Therapeuten hierfür eine Geldsumme zahlt.

12. Darf der Psychotherapeut im Kostenerstattungsverfahren die nach der GOP/GOÄ anzusetzenden Gebührenordnungspositionen mit einem höheren als dem 2,3fachen Satz abrechnen?

Maßgeblich für die Höhe der Vergütung sind ausschließlich die Vorschriften der GOP/GOÄ, da es sich bei der Behandlung von „Kostenerstattungspatienten“ um Privatbehandlung handelt. Die GOP/GOÄ ordnet den einzelnen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen bestimmte Gebühren zu. Abgerechnet werden kann in der Regel das ein- bis 3,5-fache des bei der jeweiligen Leistung aufgeführten Gebührensatzes. Innerhalb dieses Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der (konkreten) Leistung zu bemessen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Im Normalfall kann jedenfalls eine 2,3-fache Gebühr abgerechnet werden.

Nach § 5 Abs. 1, Abs. 2, S. 4 GOÄ ist ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes (nur) zulässig, wenn Besonderheiten der Schwierigkeit der Leistung dies rechtfertigen. Wird ein höherer als der 2,3-fache Satz für eine Leistung gefordert, ist dies in der Rechnung für den Zahlungspflichtigen verständlich und nach- vollziehbar schriftlich zu begründen (§ 12 Abs. 3, S. 1, 1. Hs. GOÄ).

Da es sich bei der Behandlung von „Kostenerstattungspatienten“ um eine reguläre Privatbehandlung handelt, sind hier grundsätzlich keine Besonderheiten zu beachten. Wiederum gilt aber: der Patient ist darüber aufzuklären, dass eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse ggf. nur bis zur Höhe des EBM-Satzes gesichert ist, wenn auch die entsprechende Kostenübernahmepaxis der Krankenkassen rechtswidrig ist (vgl. Fragen 4, 6 und 7).