

Informationsblatt: Was dürfen Krankenkassen?

Nicht nur Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind mit Auskunftersuchen von Krankenkassen, Medizinischem Dienst oder anderen Kostenträgern konfrontiert. Auch Patientinnen und Patienten werden während einer psychotherapeutischen Behandlung direkt von ihren Krankenkassen angeschrieben oder angerufen, um Auskünfte über ihren Gesundheitszustand oder den Behandlungsverlauf zu erhalten.

In diesem Zusammenhang häufig auftretende wichtige Fragen und Antworten haben wir in dem Informationsblatt "Was dürfen Krankenkassen?" zusammengestellt.

❖ In welcher Rechtsbeziehung stehen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu den Krankenkassen?

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen mit Krankenkassen, soweit es um die Therapie geht, nicht in unmittelbarer, sondern nur in mittelbarer Rechtsbeziehung, nämlich über ihre Patientinnen und Patienten. Leistungsanträge oder Widersprüche gegen Ablehnungsbescheide sind daher immer von Patientenseite zu stellen, auch wenn der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin dabei helfen bzw. diese/r gar den Text musterhaft für jene selbst zur Verfügung stellt. .

❖ Dürfen Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (MDK) sich in die Behandlung einmischen?

In laufende, bzw. genehmigte Therapien dürfen Krankenkassen sowie der Medizinische Dienst fachlich nicht hineinreden. Für die Behandler/innen besteht Therapiefreiheit (Therapieprivileg), die verfassungsrechtlich durch Art. 5 und 12 im Grundgesetz geschützt ist. Therapiefreiheit ist der im Rahmen der psychotherapeutischen Wissenschaft vorbehaltene Spielraum bei der Behandlung; kein/e Psychotherapeut/in kann zu einer dem beruflichen Gewissen gegenüber widersprechenden Behandlungsmethode genötigt werden, weder bei freiberuflicher Tätigkeit noch in abhängiger Stellung. Im Vertragspsychotherapeutenrecht wird der Behandlungsspielraum allerdings eingeschränkt durch die Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und ihren anerkannten Verfahren sowie durch das sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot.

❖ Was müssen Versicherte ihren Krankenkassen mitteilen?

Auskunfts- (passiv) und Mitteilungspflichten (aktiv) haben Patienten und Patientinnen gegenüber ihrer Krankenkasse gem. § 206 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) im Hinblick auf Informationen zum Versicherungsverhältnis selbst. Eine Vorlagepflicht besteht in Bezug auf alle Tatsachen, die für die Durchführung der Versicherung, insbesondere zu Fragen der Feststellung von Versicherungs- und Beitragspflichten, von Bedeutung sind.

❖ Welche Patientendaten dürfen von den Krankenkassen erhoben und gespeichert werden?

Krankenkassen dürfen gem. § 284 SGB V auch Sozialdaten speichern.

Es ist ein Katalog aufgeführt an Sachverhalten, aufgrund derer Erhebung und Speicherung zulässig sind. Geregelt sind dort beispielsweise Befugnisse im Hinblick auf Ausstellung von Krankenversichertenkarten, der Prüfung von Leistungspflichten (Psychotherapierichtlinie), Abrechnungsprüfungen der Leistungserbringer, Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Leistungserbringungen oder auch die Unterstützung von Versicherten bei vermuteten Behandlungsfehlern. Die Daten dürfen jedoch jeweils nur für die vorgegebenen Zwecke verwendet werden und sind zu löschen, sobald sie dafür nicht mehr benötigt werden. Die Krankenkassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es notwendig erscheint verpflichtet, zur Prüfung der Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen bei Abrechnungsüberprüfungen oder bei Arbeitsunfähigkeit eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MDK) einzuholen.

❖ Zu welchen Auskünften sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet?

Wenn es für dessen gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist, müssen die Leistungserbringer Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen übermitteln (Planholz, 2013). Sozialdaten sind die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer Person.

Voraussetzung für eine (rechtmäßige) Datenübermittlung an den MDK ist also zunächst die Erforderlichkeit der abgerufenen Daten für die konkrete MDK-Prüfung. Hieraus folgt, dass die Psychotherapeuten/-innen abwägen und entscheiden müssen, was sie übermitteln oder aufgrund des Datenschutzes ohne ausdrückliche Genehmigung des Patienten / der Patientin nicht übermitteln dürfen. Stellt sich danach die Notwendigkeit für den MDK heraus, ist der Psychotherapeut / die Psychotherapeutin gemäß dieser Erkenntnis zur Auskunft verpflichtet, ggf. inkl. des Berichts anderer Behandler/innen, natürlich im verschlossenen Umschlag und anonymisiert.

Im Hinblick auf Prüfungen von Arbeitsunfähigkeit ist es anders. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen haben im Vertragsarztrecht ausdrücklich keine Befugnis zur Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit. Anfragen der Krankenkassen bzw. des MDK im Zusammenhang mit der Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit müssen daher in der Beantwortung auf das Nötigste an Eckdaten beschränkt werden, ohne inhaltliche Aussagen zu treffen.

Zuweilen beobachtete Umgehungsversuche von Krankenkassen, die Auskünfte zur Arbeitsunfähigkeit über eingeforderte Behandlungsverlaufsberichte doch noch zu erreichen, sind nicht zulässig, zumal Verlaufsberichte mehr liefern, als die notwendigen Informationen zur Beurteilung von Erbringungsvoraussetzungen von Krankenkassenleistungen.

Andererseits, wenn der Patient / die Patientin es ausdrücklich wünscht und dazu eine Schweigepflichtentbindungserklärung bzw. Einwilligung erteilt, darf ein/e Psychotherapeut/in zur Arbeitsfähigkeit durchaus fachlich Stellung nehmen. Das wäre dann eine private Leistung, die gem. GOP/GOÄ Nrn. 70 ff liquidiert werden kann.

❖ **Dürfen Krankenkassen von Versicherten die Teilnahme an einer Reha-Maßnahme verlangen?**

Gem. § 51 Abs. 1 SGB V kann die Krankenkasse von arbeitsunfähig Erkrankten verlangen, dass sie innerhalb von 10 Wochen eine Reha-Maßnahme beantragen, um ihre Arbeitskraft wieder herzustellen. Voraussetzung für einen Reha-Antrag ist das Vorliegen eines dementsprechenden medizinischen Gutachtens. Auch muss die Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit von gewissem Gewicht und Dauer sein. Die Krankenkasse hat ein Ermessen, ob sie den Reha-Antrag dem/ der erkrankten Versicherten abfordern möchte. Daraus wird geschlossen, dass sie auch prüfen muss, ob berechtigte Gegen-Interessen des / der Versicherten bestehen, die höher zu bewerten sind, z.B. die Versorgung minderjähriger Kinder bei Alleinerziehenden. Dann kann der /die betreffende Versicherte Widerspruch einlegen und erläutern, warum zurzeit eine Reha-Maßnahme nicht möglich ist. Es heißt weiter, dass sich Patientinnen und Patienten auf lange Sicht jedoch nicht widersetzen könnten, weil die Krankenkassen zum sparsamen Umgang mit dem Beitragsaufkommen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber verpflichtet sind und daher aktiv sein sollen zur Wiederherstellung der Arbeitskraft ihrer Versicherten. Stellen Versicherte den Antrag nicht, entfällt nach Ablauf der gesetzten Frist der Anspruch auf Krankengeld, lebt ab Tag einer Antragstellung aber wieder auf. Kann die Erwerbsfähigkeit auch durch Reha-Maßnahmen nicht wieder hergestellt werden, weil sie gutachterlich als völlig verloren beurteilt wird, gilt der Reha-Antrag automatisch als Rentenantrag.

❖ **Welche Beratung dürfen Krankenkassen unseren Patienten und Patientinnen anbieten, welche nicht?**

Die Krankenkassen haben den Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistung zu helfen und damit auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Leistungen werden in § 11 SGB V aufgelistet, wozu auch gehört, dass Versicherte einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement haben, mit dem ihnen geholfen werden soll beim Übergang verschiedener Versorgungsbereiche, z.B. bei psychotherapeutischer Anschlussversorgung nach einem Klinikaufenthalt. § 11 verfügt aber auch, dass ein Versorgungsmanagement und die dazu erforderliche Ermittlung von Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen dürfen. Mithin geht das SGB V davon aus, dass Krankenkassen nicht ungefragt und unaufgefordert mögliche Fragestellungen von Versicherten vorweg nehmen und Hilfe aufdrängen dürften. Danach wären Anschreiben mit Beratungsangeboten zulässig, aber nicht unaufgeforderte private Telefonanrufe.

❖ **Dürfen die Krankenkassen die freie Therapeutenwahl einschränken?**

Die freie Therapeutenwahl (§ 76 SGB V) ist nur im Vertragstherapeutenrecht ein Thema, weil es sich ansonsten von selbst versteht. Gesetzlich Versicherte haben Zugang zu allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Behandler/innen und Einrichtungen. Sie können die nächst Erreichbaren wählen oder auch entfernter Praktizierende aufsuchen. Wählen Sie nicht die/den nächst erreichbare/n, dann können, soweit nicht dafür ein besonderer Grund vorlag, mögliche Transportkosten, die die Kasse zu übernehmen hätte, u.U. nicht erstattungsfähig sein.

❖ **Gibt es eine freie Therapeutenwahl in der Kostenerstattung?**

Eine besondere Rolle spielt die freie Therapeutenwahl in der **Kostenerstattung**. Da dieses nur subsidiär gereift, müssen zunächst Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen aufgesucht werden und erst wenn solche nicht zur Verfügung stehen, können psychotherapeutische Privatpraxen bei dringlicher Indikation beauftragt werden. Überlange Wartezeiten auf eine Psychotherapie können für gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf Selbstbeschaffung und Kostenerstattung begründen. Wann eine Leistung durch die Krankenkasse als nicht rechtzeitig erbracht gilt, ist nicht genau geregelt und somit Auslegungs- bzw. Ansichtssache. Zur Frage von überlangen Wartezeiten gibt das Patientenrechtegesetz folgende Fristen vor: Künftig müssen Krankenkassen nach drei Wochen mitteilen, warum ein Antrag noch nicht bearbeitet wurde. Wenn keine Mitteilung erfolgt, gilt der Antrag als bewilligt. Wenn ein Gutachten von der Kasse eingeholt wird, muss nach 5 Wochen die Bearbeitung abgeschlossen sein. In der Praxis erscheint dies oft komplexer als gedacht, da der Versicherte das volle Risiko trägt, wenn die Kasse doch nicht zahlen will.

❖ **Wer ist bei Streitfragen mit den Krankenkassen zuständig?**

Über Streitfragen in der gesetzlichen Krankenkassenversorgung entscheiden u.a. die Sozialgerichte, nachdem ein Widerspruchsverfahren erfolglos war. Bei privaten Krankenversicherungen kann eine Ombudsstelle zur Klärung von Streitfragen angerufen werden. Das Verfahren kann ohne anwaltliche Begleitung in Anspruch genommen werden und ist kostenfrei (Verbraucherzentrale, 2013).

Weitere Informationen finden Sie hier:

- ❖ Planholz, M. (2013). Umgang mit Patientendaten Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV).
- ❖ Unabhängige Patientenberatung Deutschland: <http://www.patientenberatung.de/>
- ❖ Verbraucherzentrale. (2013). *Ihr gutes Recht als Patient* (Vol. 3): Verbraucherzentrale NRW e.V.
- ❖ BPtK- Information zum Patientenrechtegesetz http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK_Infomaterial/Patientenrechtegesetz/20130923_bptk-Infomaterial_Patientenrechtegesetz.pdf