

HPP-Behandlungen: Ansprüche von Versicherten auf Kostenerstattung gegen ihre Krankenkasse?

Immer wieder wird von Heilpraktikern für Psychotherapie unter anderem im Abrechnungsforum von VFP und VUH gefragt, ob von ihnen psychotherapeutisch behandelte Versicherte zumindest teilweise Behandlungskosten von ihrer Krankenkasse erhalten können. Die Fragesteller haben teilweise die Vorstellung, mit der Krankenkasse direkt abrechnen zu können oder von der Krankenkasse auf Antrag Zuschüsse zu den Behandlungskosten direkt erhalten zu können. Manche meinen, wenigstens dann könnten Patienten einen Teil der Behandlungskosten von der Krankenkasse erhalten, wenn sie unzumutbar lange auf einen Termin bei zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie warten müssten. Es ist notwendig, Licht in das juristische Dunkel zu bringen und die Rechtslage zu analysieren, damit Heilpraktiker für Psychotherapie genau wissen, ob ihre Patienten Ansprüche gegen ihre Krankenkasse haben können und welche Voraussetzungen bestehen. Nur so können sie ihren Patienten einen guten Rat geben.

Bei dem Thema sind zwei unterschiedliche Rechtsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu unterscheiden: Wahlkostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V; www.gesetze-im-internet.de) und satzungsmäßige Zusatzangebote der Krankenkassen nach § 11 Abs. 6 SGB V.

Heilpraktiker mit oder ohne Gebietsbeschränkung sind keine Leistungserbringer in der GKV

„Leistungserbringer“ Sammelbegriff für alle Personengruppen, die Zugang zur Versorgung der Versicherten haben können und mit denen die Krankenkassen zusammenarbeiten. Die Rechtsgrundlage ist in §§ 69 ff SGB V gesetzlich festgelegt. Heilpraktiker mit oder ohne Gebietsbeschränkung gehören nach Entscheidung des Gesetzgebers nicht zu den gesetzlichen Leistungserbringern. Der Ausschluss wurde in einigen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und Urteilen des Bundessozialgerichts (siehe unten Urteil vom 13.12.2016) als verfassungskonform beurteilt.

Heilpraktiker können also keine Zulassung zur Versorgung der Versicherten erhalten. Sie stehen auch ansonsten außerhalb des Systems der GKV, sodass u. a. eine Direktabrechnung von Behandlungskosten mit Krankenkassen ausscheidet. Zu raten ist Heilpraktikern, sich grundsätzlich aus der unmittelbaren Kommunikation mit Krankenkassen für ihre Patienten herauszuhalten. Bescheinigungen/Beurteilungen über die geplante oder erfolgte Behandlung können für Versicherte jedoch zur Durchsetzung von Ansprüchen auf Kostenerstattung gegen ihre Krankenkasse hilfreich sein. Diese sind für Patienten kostenpflichtig und sollten ihnen zur weiteren Verwendung ausgehändigt werden.

Heilpraktiker werden auch bei langen Wartezeiten nicht zu Leistungserbringern

Versicherte können einen Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V haben, wenn sie die übliche Versorgung mit Sach- und Dienstleistungen per Versichertenkarte nicht erhielten. Diese Situation wird als Systemversagen bezeichnet. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte zuletzt in einem grundsätzlichen Urteil (vom 13.12.2016, Az: B 1 KR 4/16 R) die Klage einer Versicherten zu entscheiden, die auf Kostenerstattung von psychotherapeutischer Heilpraktikerbehandlung gegen die Krankenkasse gerichtet war. Der Senat des BSG bestätigte das klageabweisende Urteil des SG Braunschweig und die gleichlautende Berufungsentscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen und wies die Revision zurück. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung von Heilpraktikerleistungen generell und in der Psychotherapie und keinen Anspruch auf die Feststellung, dass die Kosten zukünftiger psychotherapeutischer Heilpraktikerbehandlungen von der beklagten Krankenkasse übernommen werden müssen.

Das Urteil bestätigt die bekannte Rechtslage in der GKV, die bisherige BSG-Rechtsprechung und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu Heilpraktikerleistungen in der GKV. Zu urteilen war über die von der Heilpraktikerin erbrachte Regelleistung „Psychotherapie“ i. S. d. Nr. 1 des Anhangs Nr. 1 SGB V und § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V i. V. m. der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V). Dass Heilpraktiker keine

gesetzlich zugelassenen Leistungserbringer in der GKV sein können, ist zuvor schon unbestritten gewesen. In den Entscheidungsgründen wird die Verfassungsmäßigkeit des Ausschlusses der Heilpraktiker aus der GKV angeführt (Rn 18). Nach der vorgenannten Rechtslage sind Versicherte in der Psychotherapie auf die Vertragsärzte und die zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Approbation nach dem PsychThG verwiesen. Festgestellt wird, dass die Versicherten auf die approbierten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten auch im Falle eines Systemversagens, eines Notfalls oder einer notstandsähnlichen Situation im Sinne von § 2 Abs. 1a SGB V verwiesen sind.

Selbst bei extrem langen Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung bei zugelassenen Leistungserbringern haben also Versicherte keinen Anspruch auf Kostenerstattung von Heilpraktikerbehandlungen gegen ihre Krankenkasse. Auch ausnahmsweise, quasi außerhalb des Rechtssystems GKV, dürfen Krankenkassen selbst in extremen Notsituationen keine Kostenerstattung gewähren.

Wahlkostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Der Senat des BSG setzt sich in dem oben vorgestellten Urteil nicht mit der Wahlkostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V auseinander. Es stellt sich aber die Frage, ob Versicherte für Heilpraktikerleistungen eine Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V haben.

Die relevanten Regelungen der Wahlkostenerstattung sind:

- Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen (§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V).
- Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden (§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V).
- Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist (§ 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V).

Konkret ist also zu fragen, ob unter „nicht ger“ Heil- und Heilpraktiker für Psychotherapie subsumiert werden können.

Zunächst ist festzuhalten, dass der Versicherte statt Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung für alle Behandlungen wählen muss. Die Folgen (z. B. Abschläge von den erstattungsfähigen Kosten) regelt § 13 Abs. 2 SGB V.

Für die Frage, ob Behandlungskosten von Heilpraktikern in die Erstattung fallen können, ist die dritte Voraussetzung von § 13 Zustimmung kann erteilt werden, wenn ... eine gewährle Ein Mindeststandard der Versorgung muss demnach gesichert sein; hierzu gehören nicht nur Wirksamkeit, Nutzen und Qualität der Leistungen, sondern auch die persönliche Qualifikation der Leistungserbringer sowie die besonderen Anforderungen an das Verfahren oder die Institution (Kasseler Kommentar – Schifferdecker, Sozialversicherungsrecht, Band 2, Rn 38 zu § 13 SGB V). Daraus wird allgemein geschlossen, dass eine Zustimmung der Krankenkasse nur möglich sei, wenn eine zumindest gleichwertige Qualität der Versorgung wie bei zugelassenen Leistungserbringern gewährleistet sei, was bei Heilpraktikern nicht der Fall sei (statt aller Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage, Rn 6 zu § 13 SGB V mit Hinweis auf Bundestags-Drucksache 15/1525 S. 80). In historischer Auslegung (nach der Gesetzesbegründung) und in teleologischer Auslegung (nach Sinn und Zweck von § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V) wird also nach herrschender Meinung davon ausgegangen, dass Heilpraktikerleistungen trotz der Möglichkeit von § 13 Abs. 2 Sätze 5 und 6 SGB V nicht in die Kostenerstattung fallen können.

Die zuvor geschilderte Auslegung ist indes nicht zwingend. Die Zustimmung der Krankenkassen ist eine Ermessensentscheidung, die vor der Leistungsanspruchnahme einzuholen ist (Becker/Kingreen, SGB V, 6. Auflage, Rn 14 zu § 13). Denkbar ist demnach, dass in einer Krankenkassen-Einzelfallentscheidung die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung bei einem nachweislich qualifizierten Heilpraktiker für Psychotherapie in die vom Versicherten gewählten Kostenerstattung fällt. Der Versicherte muss aber anstelle der Sach- oder Dienstleistung generell Kostenerstattung

gewählt haben und ist auch bei anderweitiger Inanspruchnahme von Leistungen in der GKV (z. B. vertragszahnärztliche Versorgung oder physiotherapeutische Behandlung) auf die Kostenerstattung verwiesen.

Kann gesetzlich versicherten Patienten von Heilpraktikern die Wahlkostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V empfohlen werden? Eher nicht, denn die Rechtslage zur Einbeziehung von psychotherapeutischen Leistungen der Heilpraktiker für Psychotherapie in die Kostenerstattung ist sehr unsicher, die Patienten müssen für die Behandlungen bei sämtlichen Leistungserbringern die Kostenerstattungen in Kauf nehmen (können also die Versichertenkarte für Sachleistungen nicht mehr in Anspruch nehmen), und sie müssen schließlich finanzielle Nachteile durch Kostenabschläge akzeptieren.

Satzungsmäßige Zusatzangebote der Krankenkassen nach § 11 Abs. 6 SGB V

Der durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 22.12.2011 neu geschaffene § 11 Abs. 6 SGB V bezweckt nach der Gesetzesbegründung eine Stärkung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen. Es besteht die Möglichkeit für Krankenkassen, über die gesetzlichen Leistungen hinausgehende Zusatzleistungen anzubieten, wobei nach dem Willen des Gesetzgebers den Krankenkassen dabei ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt ist (Spickhoff, a. a. O., Rn 17 zu § 11 SGB V).

Festgehalten werden kann zunächst, dass GKV-Regelleistungen wie Psychotherapie als Zusatzleistung über § 11 Abs. 6 SGB V den Versicherten nicht gewährt werden dürfen. HPP können ihren Patienten also nicht raten, eine Kostenerstattung von psychotherapeutischen Behandlungen, wie sie auch von psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden, bei ihrer Krankenkasse als freiwillige Satzungsleistung erfolgreich beantragen zu können. Anders kann dies bei HPP-Behandlungen sein, die außerhalb des (wissenschaftlich) anerkannten Behandlungsspektrums in der Psychotherapie liegen, wie beispielsweise die klinische Kinesiologie. Allerdings dürfen die in Betracht kommenden Behandlungen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sein, wie dies beispielsweise bei allen Formen der Bioresonanztherapie erfolgt ist.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die freiwillige Satzungsleistung sind:

- Zusätzliche Leistungen zum Regelleistungskatalog der GKV;
- vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen;
- in der fachlich gebotenen Qualität;
- Regelung „insbesondere“ der Art, Leistung, der Dauer
- hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung.

Bei der Fragestellung dieses Aufsatzes ist § 11 Abs. 6 Satz 1 letzte Alternative SGB V („Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern“) im Zusammenhang mit der Auslegung zu betrachten.

Es steht der Krankenkasse frei, ob sie die Mehrleistung als Rechtsanspruch oder als Ermessensleistung ausgestalten will (Kasseler Kommentar, a. a. O., Rn 34 zu § 11 SGB V mit Hinweis auf BSG). Die Satzung muss genaue Bestimmungen enthalten, welche eine gleich effektive Qualitätssicherung, insbesondere auch von nicht zugelassenen Leistungserbringern sicherstellt (Bundestags-Drucksache 17/8005 S. 139). Die in § 11 Abs. 6 SGB V genannten Bereiche sind abschließend; die Krankenkassen dürfen nicht darüber hinausgehen (Urteil des LSG Sachsen-Anhalt, NZS 2014, 665). Die Einbindung sonst nicht zulassungsfähiger Berufsgruppen wie Heilpraktiker ist möglich; offensichtlich wollte der Gesetzgeber den Krankenkassen ein weites Gestaltungsspielraum einräumen (Kasseler Kommentar, a. a. O., Rn 38 zu § 11 mit Hinweis auf Bundestags-Drucksache zu „weiten Gestaltungsspielraum“).

Die Satzungen der Krankenkassen können zur „weitere“ Gestaltung des Leistungserbringens für die Kostenerstattung festlegen, was der gesetzlichen Vorgabe entspricht. Dazu können bei dem „weiten Gestaltungsspielraum“ auch unter anderem eine ärztliche (oder vertragsärztliche) Verordnung der Leistung sowie Ausbildungsnachweise des behandelnden Heilpraktikers gehören, was aber exakt in der Satzung geregelt sein muss.

In der GKV nach der Psychotherapie-Richtlinie anerkannte psychotherapeutische Leistungen können nicht Gegenstand der freiwilligen Satzungsleistungen sein, weil

diese Regelleistung der GKV sind, also keine zusätzlichen Leistungen. Es erscheint aber nicht ausgeschlossen, dass bestimmte Behandlungen mit Methoden, die nicht von der Psychotherapie-Richtlinie erfasst werden, und die unterstützend im Heilpraktikerbereich zur Kernbehandlung der Psychotherapie eingesetzt werden, in die Kostenerstattung fallen können. Dies könnten beispielsweise die klinische Kinesiologie, die Klopftherapie oder die Akupressur final zu psychotherapeutischen Zwecken sein.

Die Rechtslage im Überblick

- Heilpraktiker mit oder ohne Gebietsbeschränkung sind keine Leistungserbringer in der GKV. Versicherte haben selbst dann keinen Anspruch auf Kostenerstattung psychotherapeutischer HPP-Behandlungen, wenn lange Wartezeiten bei der psychotherapeutischen Behandlung von zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Vertragsärzten bestehen.
- Versicherte können statt Sachleistungen generell Kostenerstattung wählen. Die Kostenerstattung von Heilpraktikerbehandlungen ist nach herrschender Meinung ausgeschlossen. Außerdem bezieht sich die Wahlkostenerstattung auf sämtliche Leistungserbringer und die Versicherten müssen finanzielle Nachteile durch Kostenabschläge akzeptieren. Die Wahlkostenerstattung ist deshalb Versicherten nicht zu empfehlen.
- In satzungsmäßigen Zusatzangeboten der Krankenkassen können auch Heilpraktikerbehandlungen einbezogen sein. Regelleistungen in der GKV sind keine Zusatzangebote, weshalb die in der Psychotherapie-Richtlinie anerkannten psychotherapeutischen Methoden aus der Kostenerstattung ausscheiden. HPP-Behandlungen außerhalb des (wissenschaftlich) anerkannten Behandlungsspektrums in der Psychotherapie können aber zu einem Anspruch auf Kostenerstattung führen. HPP können ihren gesetzlich versicherten Patienten raten, sich über die Voraussetzungen der Kostenerstattung und das Prozedere bei ihrer Krankenkasse zu informieren. Die Websites der Krankenkassen enthalten in der Regel die gewünschten Informationen für Mitglieder, die je nach Satzungsbestimmung bereits vor der Behandlung einen Antrag stellen müssen.

Dr. jur. Frank A. Stebner
Fachanwalt für Medizinrecht
www.drstebner.de