



Suche nach einem freien Therapieplatz

**Gesundheitsreform zementiert
schlechte Versorgung psychisch kranker Menschen**

Wie kann geholfen werden?

**Pressekonferenz
11. Januar 2012
11:15 h
Hotel Albrechtshof**



Ihre Gesprächspartner

Dipl.-Psych. Dieter Best

Bundvorsitzender Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)

Dipl.- Psych. Gebhard Hentschel

Stellv. Bundvorsitzender Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)

Dipl.-Psych. Eva Martin

Psychotherapeutin

Ursula-Anne Ochel

Hauptstadtbüro für Kommunikation und Politik im Gesundheitswesen
Moderation



Pressemitteilung

Kontakt:

Ursula-Anne Ochel
Tel.: 030 3230 4270
E-Mail: Psychotherapeu-
ten_dptv_presse@t-online.de

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15 • 10785 Berlin
Fon 030 - 235 00 90 • Fax 030 - 23 50 09 44
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin
BLZ 100 906 03 • Konto 000 682 8914
Steuernummer 27/620/58340

Psychotherapie Kostenerstattung kann Versorgungsmängel lindern

Berlin, 11. 01. 2012. Die Versorgung psychisch kranker Menschen wird sich durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), das seit dem 1. Januar in Kraft ist, nicht verbessern, vielmehr ist absehbar, dass sich die Unterversorgung verstärken wird und sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verlängern. Dipl.-Psych. Dieter Best, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), kritisierte dies heute in Berlin mit scharfen Worten. „Wir haben den Gesetzgeber im vergangenen Jahr immer wieder darauf hingewiesen, dass die Systematik der Bedarfsplanung völlig ungenügend ist, dass die Finanzierung des wachsenden Bedarfes durch extrabudgetäre Vergütung reguliert und die sozialrechtlichen Befugnisse der Psychotherapeuten zu Gunsten der Patientenversorgung erweitert werden muss“.

Nichts sei davon geschehen, was aus dem Versprechen der CDU/CSU Bundestagsfraktion werde, sich in diesem Jahr um eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung zu kümmern, sei völlig offen.

Um die Patienten trotzdem versorgen zu können, bleibe als ein Weg die Beantragung der Kostenerstattung, verdeutliche Best. „Da die Lage für Psychotherapieplatz-suchende Menschen prekär und die Sicherstellung in manchen Regionen schon jetzt nicht mehr gewährleistet ist, sieht die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in der offensiven Förderung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V (SGB V) ^{*} einen Weg, der Versorgungsmisere zu begegnen. Nach dieser Vorschrift kann sich ein gesetzlich Versicherter eine notwendige und unaufschiebbare Leistung selbst beschaffen und mit seiner Krankenkasse abrechnen, wenn diese Leistung auf anderem Weg nicht beschafft werden kann, d.h. wenn ein Systemversagen vorliegt“ erklärte Best.

■ Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) vertritt die beruflichen Interessen der niedergelassenen, angestellten und beamteten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten einschließlich der Ausbildungskandidaten.



„Im Grunde ist die Situation - wenn auch nicht im Ausmaß, so doch von der Art her - vergleichbar mit der vor dem Psychotherapeutengesetz, als die Kostenerstattung immer größere Ausmaße annahm. Heute sind es erst 30 Millionen Euro, die direkt von den Krankenkassen an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei auf diese Weise bezahlt werden. Die jährlichen Steigerungsraten betragen aber 20 bis 25 Prozent“, prognostizierte er.

Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel, stellv. Bundesvorsitzender der DPtV bemängelte, dass das GKV-VStG keine verbindlichen Vorgaben für eine neu gestaltete Bedarfsplanung macht. „Stattdessen hat der Gesetzgeber mit Verabschiedung des GKV- VStG die Verantwortung für eine flächendeckende ambulante psychotherapeutische Versorgung, die Neufestlegung der Planungsbereiche, die Neuberechnung der Verhältniszahlen sowie die zeitnahe Patientenversorgung (Abbau von Wartezeiten) in die Verantwortung der Selbstverwaltung gelegt“ sagte Hentschel.

„In keiner Fachgruppe die der Bedarfsplanung unterliegt, ist die Spreizung der Versorgungsdichte derart ausgeprägt, wie bei den Psychotherapeuten. Während die gültigen Verhältniszahlen in städtischen Regionen 38,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner vorsehen, sind das in ländlichen Regionen gerade einmal 4,3 Psychotherapeuten, die die Versorgung von 100.000 Einwohnern sicherstellen sollen“ schilderte Hentschel die aktuelle Lage. „Dabei erhöht sich bei langer Wartezeit die Gefahr die Chronifizierung der Erkrankung. Außerdem verlängern die Wartezeiten den Leidensweg der Patienten durch überbrückende Psychopharmaka-Medikation und stationäre Einweisungen. Durchschnittliche Wartezeiten auf einen Therapieplatz von 2,5 Monaten (Studie der DPtV) prägen die Versorgungsrealität“.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) plant, auch weiterhin als Grundlage der Bedarfsplanung, das Jahr 1999 zu nehmen. „Das bedeutet, dass danach ausgesprochene lokale und qualitative Sonderbedarfe und die zur Sicherstellung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Rahmen einer 20-Prozent Quote neu zugelassenen Psychotherapeuten den nominellen „Überversorgungsgrad“ auf 7624 überzählige Sitze anheben“, verdeutlichte Hentschel die kritische Lage.

Er forderte den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, Regularien zu entwickeln, die dem immer weiter ansteigenden Bedarf an Therapieplätzen gerecht werden. Die dringende Notwendigkeit stellte Hentschel am Beispiel Nordrhein-Westfalen vor: Nach einer Analyse des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein- Westfalen (LIGA NRW) vom August 2011 stieg die Anzahl der Behandlungsfälle in der ambulanten Psychotherapie in NRW von knapp 630.000 im Jahre 2002 auf rund 900.000 im Jahre 2009. Dies entspricht einem



jährlichen Zuwachs von 4,8 Prozent. Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten nahm im gleichen Zeitraum dagegen nur geringfügig um jährlich 0,63 Prozent zu. „Diese Diskrepanz ist das Ergebnis einer restriktiven Zulassungspolitik der zurückliegenden Jahre“, betonte der Psychotherapeut.

„Umfassend ausgebildete, approbierte Psychotherapeuten, die noch keine KV-Zulassung haben, stehen zur Verfügung“ verdeutlichte der Bundesvorsitzende Best. „Derzeit erwerben jährlich etwa 1.700 Psychotherapeuten ihre Approbation. Viele der neu approbierten Psychotherapeuten, die keinen Kassensitz bekommen, leisten im Rahmen der Kostenerstattung ihren Beitrag zur Versorgung“.

Dipl.-Psych. Eva Martin, Psychotherapeutin ohne Kassensitz in Brandenburg, betonte, wie wichtig es für die betroffenen Patienten ist, den Weg zu einem Therapieplatz über das Kostenerstattungsverfahren, zu kennen. „Besonders für Patienten, die durch ihre Erkrankung, wie beispielsweise eine Depression antriebslos und inaktiv sind, ist der Weg zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen beschwerlich. Oft wissen die Krankenkassen Mitarbeiter selber nicht, dass der Weg offen steht, nicht selten werden unzumutbare Nachweise verlangt, die zusätzlich belasten. Aber die Patienten haben ein Recht darauf, wenn keine Vertragspsychotherapeuten zugelassen sind“, bekräftigte Eva Martin. Sie bemängelte, dass es bisher für die Beantragung noch keine standardisierte Vorgaben gebe, sondern diese mühsam vom Psychotherapeuten selber erarbeitet werden müssen.

Der Weg zur Kostenerstattung:

Die Kostenerstattung ist immer eine Einzelfallentscheidung der Krankenkasse und bedarf einer guten, individuellen Begründung des Patienten. Wichtig ist es für die Betroffenen zu wissen, dass der Antrag immer vor Beginn der Behandlung erfolgen muss, auch vor der probatorischen Sitzung. (Behandlungen, die der diagnostischen Abklärung und Indikationsstellung für eine Psychotherapie dienen).

- Kontakt zur Krankenkasse aufnehmen und abklären, wie der Antrag zu stellen ist
- Ablehnungen von Therapieanfragen sammeln, fehlende Therapieplätze nachweisen. Oft werden schriftliche Nachweise verlangt, einige Kassen geben sich mit der Dokumentation der Telefonate mit Psychotherapiepraxen zufrieden.
- Notwendigkeits-, bzw. Dringlichkeitsbescheinigung einholen. Vorher bei der Krankenkasse anfragen, wer diese erstellen soll.



- Stellung des Antrages „Bewilligung außervertraglicher probatorischer Sitzungen und einer Psychotherapie“, Antragsteller ist der Patient. Die Behandlung kann erst nach Bewilligung des Antrages erfolgen.
- Die Abrechnung erfolgt als Privatbehandlung, die nachträglich von der Krankenkasse bezahlt wird. Die Rechnung des Psychotherapeuten muss den Vorgaben der Gebührenordnung für Psychotherapeuten entsprechen.
- Es sind nur Leistungen abrechenbar, die in den Psychotherapie-Richtlinien zugelassen sind (Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie).

*

§ 13 SGB V

Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge von Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

(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 Neuntes Buches erstattet.

Fragen beantwortet

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)

Ursula-Anne Ochel, Tel.: 030 – 3230 4270 | Mobil 0171 – 322 43 46

E-Mail: Psychotherapeuten_dptv_presse@t-online.de



Statement

Dipl.-Psych. Dieter Best

Bundsvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Die Unterversorgung wird sich verstärken und Wartezeiten auf Therapieplätze verlängern

Obwohl wir Psychotherapeuten beim GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) schon früh - und das ganze Jahr über - darauf hingewiesen haben, dass in diesem Gesetz auch die Unterversorgung im Bereich der Psychotherapie angegangen werden muss, ist nichts passiert. Es ist absehbar, dass sich die Unterversorgung verstärken wird und dass sich die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verlängern.

Wir hatten bei der Erarbeitung des Gesetzes gefordert, dass

- **erstens** der Widerspruch von scheinbarer Überversorgung nach der Zählweise der gültigen Bedarfsplanung und der realen Unterversorgung dadurch aufgelöst wird, dass im Gesetz eine konkrete Neuberechnung der Verhältniszahlen vorgeschrieben wird, statt dies der Selbstverwaltung zu überlassen.
- **zweitens** für eine sichere Finanzierung des wachsenden Bedarfs an Psychotherapien durch eine extrabudgetäre Vergütung zu sorgen ist. Stattdessen wird der wachsende Bedarf aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert, was insbesondere vor dem Hintergrund der Rückverlagerung der Verteilungskompetenzen in die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) massive Verteilungskonflikte in den KVen nach sich zieht. Mit nur einem kleinen Teil der Milliardenüberschüsse der Krankenkassen wäre eine Finanzierung zusätzlicher Psychotherapeutenplätze möglich gewesen. Da dies nicht der Fall ist werden jetzt in einigen KVen Über-



legungen angestellt, die zusätzlich notwendigen Mittel für die Psychotherapie aus der Absenkung der Honorare für die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten, die nicht oder wenig durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geschützt sind, zu finanzieren. Wenn aber die Leistungen, die ein Psychotherapeut zur Feststellung der Indikation für eine Psychotherapie braucht und die auch für schnelle Kriseninterventionen benötigt werden – die sog. probatorischen Sitzungen – nicht mehr wirtschaftlich erbracht werden können – werden diese sinnvollen Leistungen immer weniger erbracht. Dies ist die Erfahrung aus den Zeiten vor der Vergütungsreform 2009.

- **drittens** die immer noch bestehenden Einschränkungen der sozialrechtlichen Möglichkeiten der Psychotherapeuten aufzuheben oder wenigstens aufzulockern. In erster Linie betrifft dies die Möglichkeit, Patienten in psychiatrische oder psychotherapeutische Kliniken direkt einweisen zu können. Der Umweg über einen Arzt, der heute vorgeschrieben ist, ist für die Patienten belastend und für die Psychotherapeuten wird die Kooperation mit den stationären Einrichtungen erschwert.

Nichts von dem hat die Regierung umgesetzt. Zwar gilt das Versprechen der CDU-/CSU-Bundestagsfraktion, sich in diesem Jahr auch der psychotherapeutischen Versorgung anzunehmen, was daraus werden wird, ist aber noch völlig unklar.

Da die Lage für Psychotherapieplatz-suchende Menschen prekär und die Sicherstellung in manchen Regionen schon jetzt nicht mehr gewährleistet ist, sieht die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in der offensiven Förderung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V (SGB V) einen weiteren Weg, der Versorgungsmisere zu begegnen. Nach dieser Vorschrift kann sich ein gesetzlich Versicherter eine notwendige und unaufschiebbare Leistung selbst beschaffen und mit seiner Krankenkasse abrechnen, wenn diese Leistung auf anderem Weg nicht beschafft werden kann, d.h. wenn ein Systemversagen vorliegt.

Diese Situation ist vergleichbar mit der, die wir vor dem in Kraft treten des Psychotherapeutengesetzes hatten, wenn auch nicht in dem Ausmaß. Damals wurden über das Kostenerstattungsverfahren Leistungen in Höhe von 320 Mio. DM pro Jahr abgerechnet.

Heute sind es erst 30 Millionen Euro, die direkt von den Krankenkassen an den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) vorbei, auf diese Weise bezahlt werden. Die jährlichen Steigerungsraten betragen aber 20 bis 25 Prozent:

Höhe der Leistungen, die über das Kostenerstattungsverfahren erbracht wurden

2005	10.386.000 €
2006	12.625.000 €
2007	15.304.000 €
2008	19.825.000 €
2009	25.647.000 €
2010	30.498.187 €

Umfassend ausgebildete, approbierte Psychotherapeuten, die noch keine KV-Zulassung haben, stehen zur Verfügung. Derzeit erwerben jährlich etwa 1.700 Psychotherapeuten ihre Approbation. Viele der neu approbierten Psychotherapeuten, die keinen Kassensitz bekommen, leisten im Rahmen der Kostenerstattung ihren Beitrag zur Versorgung. Wie für einen Versicherten der Weg zur Kostenerstattung ist, möchten wir in dieser Pressekonferenz zeigen.



Statement

Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel

Stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Dringend verbindliche Vorgaben zur Bedarfsplanung gefordert – das GKV-VStG ist hier mangelhaft

Die Psychotherapeuten hatten gefordert, als Basis der künftigen Bedarfsplanung die Verhältniszahlen (Einwohner/ Psychotherapeut) mit einem möglichst aktuellen Stichtag neu zu berechnen.

Stattdessen hat der Gesetzgeber mit Verabschiedung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) die Verantwortung für eine flächendeckende ambulante psychotherapeutische Versorgung, die Neufestlegung der Planungsbereiche, die Neuberechnung der Verhältniszahlen sowie die zeitnahe Patientenversorgung (Abbau von Wartezeiten) in die Verantwortung der Selbstverwaltung gelegt.

In keiner Fachgruppe der Bedarfsplanung ist die Spreizung der Versorgungsdichte derart ausgeprägt wie bei den Psychotherapeuten. Während die gültigen Verhältniszahlen in städtischen Regionen 38,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner vorsehen, sind das in ländlichen Regionen gerade einmal 4,3 Psychotherapeuten, die die Versorgung von 100.000 Einwohnern sicherstellen sollen.

Eine Re-Analyse der Bundespsychotherapeutenkammer (Jacobi & Harfst, 2011) des Bundesgesundheitsurvey zur Prävalenzen psychischer Erkrankungen in Deutschland (Wittchen & Jacobi, 2011) zeigt jedoch eindrucksvoll, dass die Verbreitung psychischer Erkrankungen in ländlichen Kreisen nur um rund ein Viertel geringer ist als in Kernstädten.



Unzumutbar lange Wartezeiten erhöhen das Risiko einer Chronifizierung psychischer Erkrankungen und verlängern den Leidensweg der Patienten durch überbrückende Psychopharmaka Medikation und stationäre Einweisungen. Durchschnittliche Wartezeiten auf einen Therapieplatz von 2,5 Monaten (Studie der DPtV) prägen die Versorgungsrealität.

Und dennoch: Glaubt man den jetzt vorgelegten Berechnungsmodellen einer zukünftigen Bedarfsplanung, könnte sich die Lage dramatisch verschlechtern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht, wie schon bei der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes, das Jahr 1999 als Stichtag für eine Neuberechnung der Verhältniszahlen als ein mögliches Szenario. Das bedeutet, dass danach ausgesprochene lokale und qualitative Sonderbedarfe und die zur Sicherstellung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen neu zugelassenen Psychotherapeuten den nominellen „Überversorgungsgrad“ auf 7624 überzählige Sitze anheben.

Damit erhöht jeder nach dem Willen des Gesetzgebers dringend benötigte und zugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut den Grad der „nominellen“ psychotherapeutischen Überversorgung.

Mit in Kraft treten des GKV- Organisationsweiterentwicklungsgesetz zum 1. Januar 2009 hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit anerkannt, dass 20 %Prozent der zu besetzenden Vertragssitze für solche Behandler vorzusehen sind die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln und somit mit besten Absichten neue Zulassungsmöglichkeiten in diesem Versorgungssegment geschaffen.

Das GKV-VStG sieht die Möglichkeit vor, dass „überzählige“ Arzt- und Therapeutesitze von den KVen aufgekauft werden können. Dies ist zwar erst mit Neufestlegung der Verhältniszahlen zu Beginn des Jahres 2013 realisierbar, mit dieser von Bundesgesundheitsminister Bahr beim Deutschen Psychotherapeutentag vorgetragene Einschätzung ist das Problem einer Abschmelzung von Praxissitzen durch Kauf durch die KVen jedoch nicht aufgehoben sondern lediglich vertagt. In einem neuen § 103 Abs. 3a SGB V gesteht der Gesetzgeber den Zulassungsausschüssen (ZA) die Entscheidung zu, die Nachbesetzung eines Vertragspsychotherapeutesitzes in einem Planungsbereich für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, der also als „nominell“ überversorgt nach den neuen Verhältniszahlen gilt, abzulehnen.

Das Beispiel NRW zeigt die Brisanz der Lage: Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein- Westfalen (LIGA NRW) analysierte im August 2011: Die Anzahl der Behandlungsfälle in der ambulanten Psychotherapie stieg in NRW von knapp 630.000 im Jahre 2002 auf rund 900.000 im Jahre



2009. Dies entspricht einem jährlichen Zuwachs von 4,8 Prozent. Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten nahm im gleichen Zeitraum dagegen nur geringfügig um jährlich 0,63 Prozent zu. Diese Diskrepanz ist das Ergebnis einer restriktiven Zulassungspolitik der zurückliegenden Jahre.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist jetzt aufgefordert, fachgruppenspezifische Vorgaben für eine zukünftige Versorgungsplanung zu entwickeln, die dem gestiegenen Behandlungsbedarf psychisch Erkrankter nachhaltig gerecht werden.



Statement

Dipl.-Psych. Eva Martin

Psychotherapeutin

Die Patienten haben ein Recht auf Therapie per Kostenerstattungsverfahren

Therapie im Kostenerstattungsverfahren ist möglich.

- Seit Frühjahr 2010 arbeite ich aufgrund der kaum vorhandenen Möglichkeiten/Chancen auf Niederlassung u.a. privat im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens (KEV), d. h. ich erbringe psychotherapeutische Leistungen für Patienten, die keinen Vertrags-Psychotherapeuten finden können.
- Die Patienten werden mir von Kollegen „überwiesen“, die aufgrund voller Kapazitäten die Patienten nicht zeitnah behandeln können oder von Patienten, die bereits bei mir in Behandlung sind

Aber:

- Es gibt Schwierigkeiten für Patienten, eine Therapie im KEV zu machen, weil:
 - die allerwenigsten Patienten wissen, dass es das KEV überhaupt gibt und sie auch von ihren Krankenkassen oft nicht darüber informiert werden
 - zum Teil Mitarbeiter der Krankenkassen selbst nicht wissen (oder wissen wollen?), dass es das KEV gibt



- die Patienten, die im KEV behandelt werden wollen/müssen (aufgrund der langen Wartezeiten bei Niedergelassenen) eine deutlich höhere Hürde zur Aufnahme einer Psychotherapie nehmen müssen, als Patienten, die einen Therapieplatz bei Niedergelassenen „ergattern“ – diese Hürde ist u.a. der Nachweis, dass bestimmte Bedingungen erfüllt sind - nämlich:
 - (schriftliche) Benennung einer bestimmten Anzahl von Psychotherapeuten, die innerhalb einer bestimmten Zeit keinen Therapieplatz anbieten können inklusive Datum der Kontaktaufnahme und des Absagegrundes (die Anzahl der zu benennenden Psychotherapeuten scheint teilweise willkürlich von den Kassen vorgegeben zu sein)
 - Erbringung einer Notwendigkeitsbescheinigung bzgl. Psychotherapie (i.d.R. vom Arzt, Krankenkassen akzeptieren die Notwendigkeitsbescheinigung vom Psychotherapeuten eher nicht)
 - Individuelles Anschreiben an die Krankenkasse, warum Therapie im KEV stattfinden soll. Das ist beschwerlich und unangenehm für die Patienten, da sie sich gegenüber unbekanntem Personen bzw. Institutionen öffnen müssen
- Die Wahrscheinlichkeit ist erhöht, dass Patienten, die psychisch erkrankt (z.B. depressiv – und damit z.B. antriebslos, schwerer aktivierbar, unkonzentrierter) sind, an dieser Hürde bereits scheitern und ohne deutliche /aktive Mithilfe der Psychotherapeuten im KEV weiterhin ohne Behandlung bleiben – trotz des enormen Bedarfs an Psychotherapie

Hinzu kommt, dass selbst Psychotherapeuten, die außerhalb des Versorgungssystems behandeln, knappe bis keine Kapazitäten haben und Wartelisten führen.

Außerdem gab es für das KEV bisher noch keinen wirklich einheitlichen „Leitfaden“ und Formblätter bzgl. Antragstellung und die Psychotherapeuten sich diese bisher selbst erarbeitet und kollegial weitergeleitet haben. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung stellt jetzt solche Hilfen zur Verfügung.



Fazit: Insgesamt ist auf Grund der steigenden Zahlen psychisch kranker Menschen eine Erhöhung der Behandlungen im KEV zu verzeichnen. D.h. eine Therapie außerhalb des Versorgungssystems im Rahmen der KEV ist möglich, aber der Weg von der Antragstellung bis zur Bewilligung der Behandlung ist zur Zeit v.a. für den psychisch kranken Patienten, der dringend einer Behandlung bedarf, noch sehr „steinig und schwer“. Es ist wichtig, für die Patienten, die auf der Suche nach einem Therapieplatz sind, bekannt zu machen, dass es den Weg des KEV überhaupt gibt und die Hürden der Antragstellung im Rahmen des KEV zu senken, damit die Versorgung der Patienten gewährleistet werden kann. Denn die Patienten haben ein Recht darauf.

