

## DPtV-Umfrage „Kostenerstattung“ 2017/2018 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Seit dem 1.4.2017 ist die neue Psychotherapie-Richtlinie in Kraft getreten, die die Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung regelt. Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) interessiert sich dafür, welche Auswirkungen die Reform der Psychotherapie-Richtlinie auch auf die Privatpraxen hat, insbesondere auf solche Praxen, die psychotherapeutische Behandlungen über „Kostenerstattung“ mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Seit dem Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1.4.2017 berichten DPtV-Mitglieder mit Haupttätigkeit in einer Privatpraxis gehäuft, dass viele Krankenkassen ihren Patientinnen und Patienten den Zugang und Anspruch nach § 13 Absatz 13 SGB V über Kostenerstattung erschweren oder verwehren. Die DPtV hat hierzu im Dezember 2017/Januar 2018 eine Umfrage durchgeführt, um konkret zu erfassen, wie sich die spezifische Arbeitssituation in der Privatpraxis bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Kostenerstattung durch die Reform der Psychotherapierichtlinie verändert hat. Es handelte sich um eine anonyme Befragung; aus den Antworten konnten keine Rückschlüsse auf die antwortende Person gezogen werden.

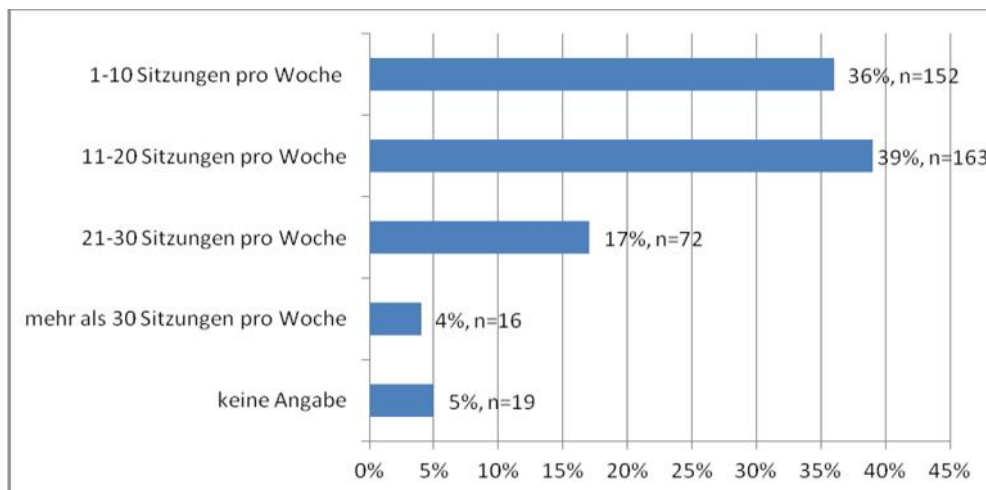
Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse im Überblick dargestellt. Eine ausführliche, umfassendere Publikation in der Zeitschrift „Psychotherapie aktuell“ ist für das zweite Quartal 2018 vorgesehen.

### Beschreibung der Stichprobe:

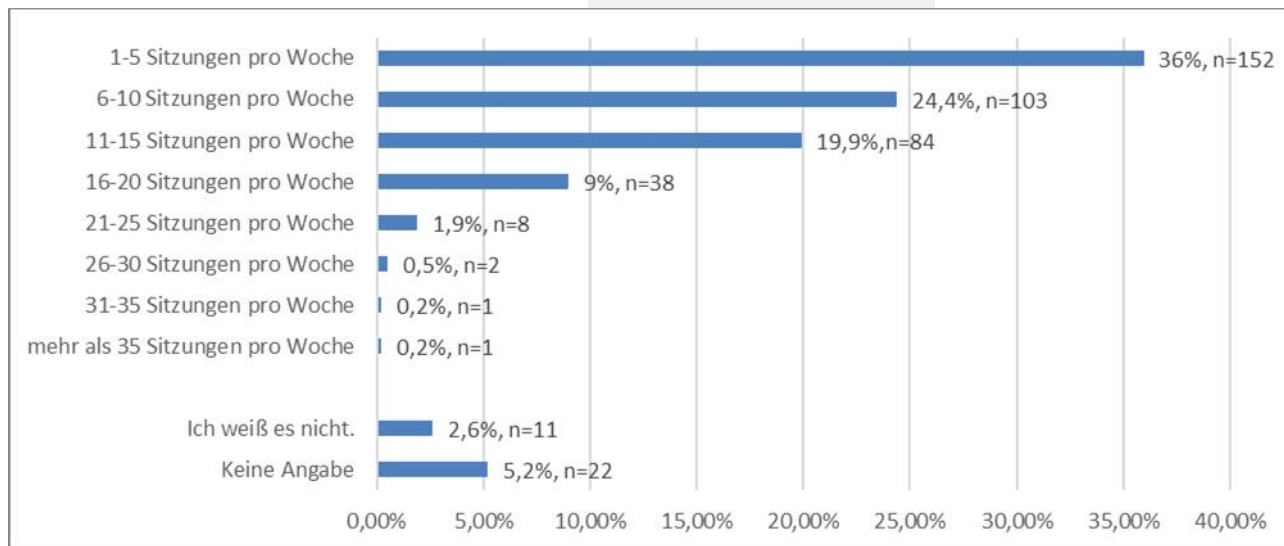
- 437 Teilnehmer/innen, davon konnten 422 in die Auswertung einbezogen werden.
- Geschlecht: 61% weiblich, 17% männlich, 22% „keine Angabe“.
- Herkunft der Teilnehmer: Die meisten Teilnehmer/innen aus Berlin (25%), NRW (24%), dann Hamburg (13%), dort offensichtlich vitale Kostenerstattungs-Netzwerke.
- Durchschnittsalter der Teilnehmer: 42,3 Jahre
- Angewendete Verfahren: 62% Verhaltenstherapie, 14% Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 2% Analytische Psychotherapie (Rest „keine Angabe“).
- Behandelte Patientengruppe: 71% behandeln nur Erwachsene, 20 % nur Kinder/Jugendliche, 8% behandeln beides (Rest „keine Angabe“).

### Beschreibung der Tätigkeit in der Privatpraxis:

- Umfang der Tätigkeit in der Privatpraxis:

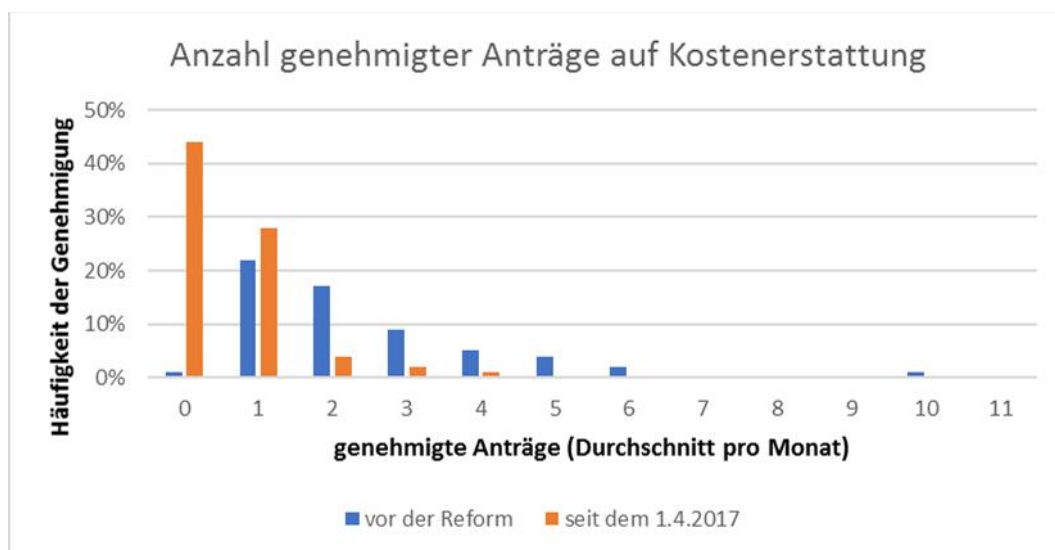


➤ Anteil der Kostenerstattung an der Tätigkeit in der Privatpraxis:



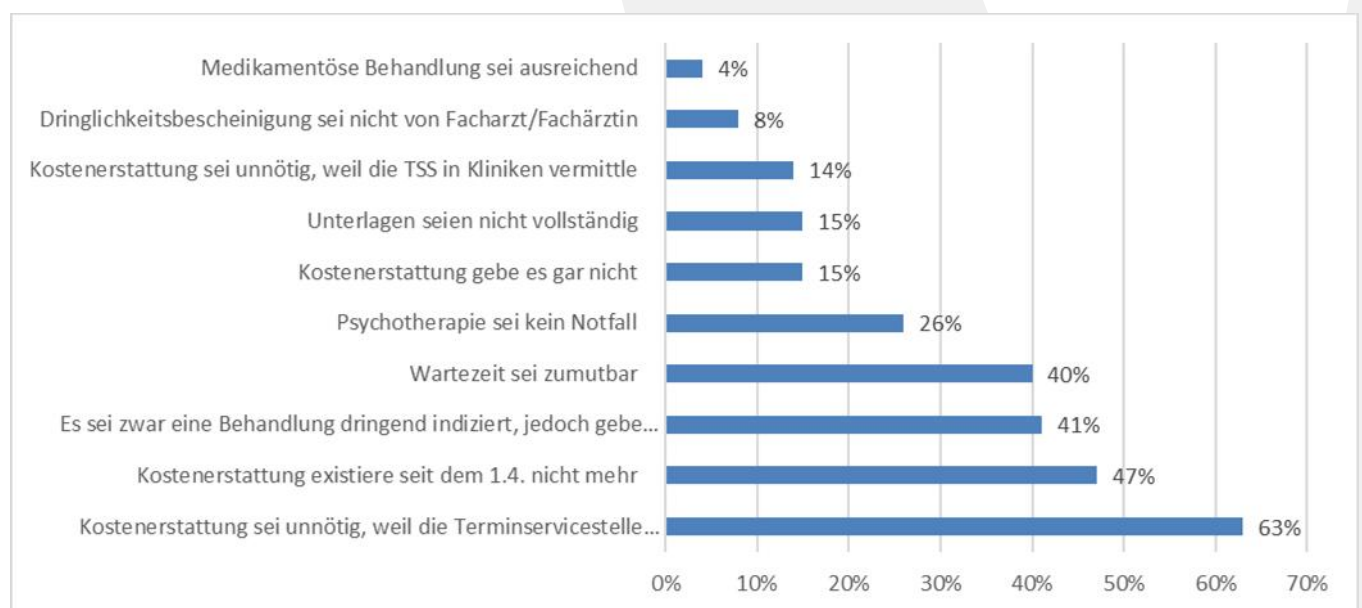
**Ergebnisse zum Umgang mit Kostenerstattungsanträgen:**

- Es ist keine Veränderung in der Zahl der monatlichen Kostenerstattungs-Antragstellungen vor und nach dem 1.4.2017 zu erkennen (Mittelwert vor und nach je M=2,2 Anträge).
- Hingegen wird sehr deutlich, dass vor dem 1.4.2017 mehr Kostenerstattungs-Anträge genehmigt wurden (Mittelwert M= 2,2 Anträge pro Monat im Vergleich zu seit der Reform M=0,6 Anträge pro Monat genehmigt). Im Einzelnen wurden Kostenerstattungs-Anträge in folgender Anzahl genehmigt (Durchschnitt pro Monat; „0“ bedeutet: kein genehmigter Antrag):



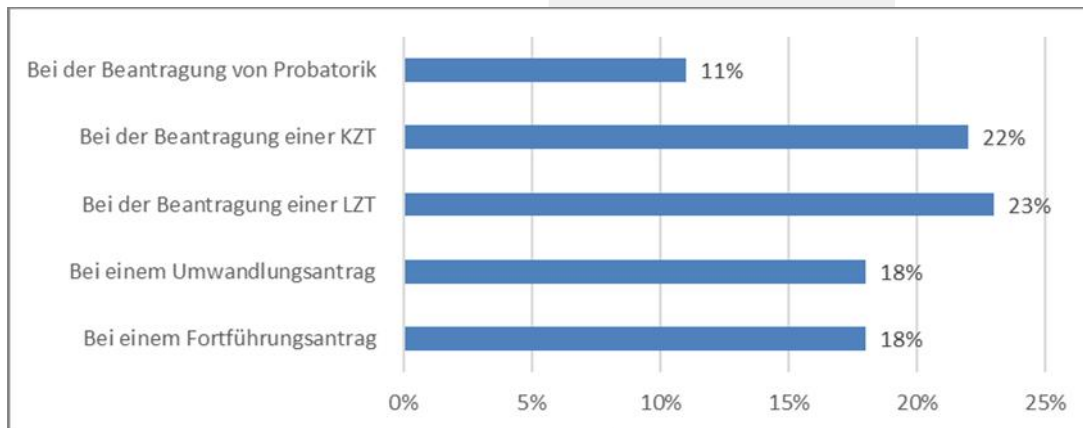
- Die Hälfte der Teilnehmer gibt an, dass die Patienten seit dem 1.4.2017 durchschnittlich 6-11 Absagen von kassenzugelassenen Psychotherapeuten erhalten haben, bevor sie bei ihnen nach einem freien Behandlungsplatz fragten.

- 50% der Teilnehmer sagen aus, dass Ablehnungen von Kostenerstattungs-Anträgen auf Probatorik seit dem 1.4.2017 zugenommen haben.
- 31% der Teilnehmer sagen aus, dass Ablehnungen von Kostenerstattungs-Anträgen auf Kurzzeittherapie seit dem 1.4.2017 zugenommen haben.
- 39% der Teilnehmer sagen aus, dass Ablehnungen von Kostenerstattungs-Anträgen auf Langzeittherapie seit dem 1.4.2017 zugenommen haben.
- Die Teilnehmer berichten, dass die Ablehnung der Kostenerstattungs-Anträge durch die Krankenkassen mit folgenden Argumenten erfolgt:



#### **Forderungen der Krankenkassen:**

- 41% der Teilnehmer geben an, dass ihre Patienten von den Krankenkassenmitarbeitern immer zuerst auf die Sprechstunde verwiesen werden (19 % häufig, 12% nie).
- 28% der Teilnehmer geben an, dass ihre Patienten laut Krankenkassen-Mitarbeiter immer erst eine Fachärztin oder einen Facharzt aufsuchen müssen (15% häufig, 8% nie).
- 26% der Teilnehmer bejahen die Frage, ob bei der Beantragung von außervertraglicher Psychotherapie seit dem 1.4.17 vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. der Krankenkasse selbst häufiger als zuvor ein ausführlicher Bericht an den Gutachter verlangt wird (22% „nein“, 24% „weiß nicht“). Diese o.g. 26% geben an, dass diese ausführlichen Berichte in folgenden Fällen verlangt werden (Mehrfachantworten möglich):

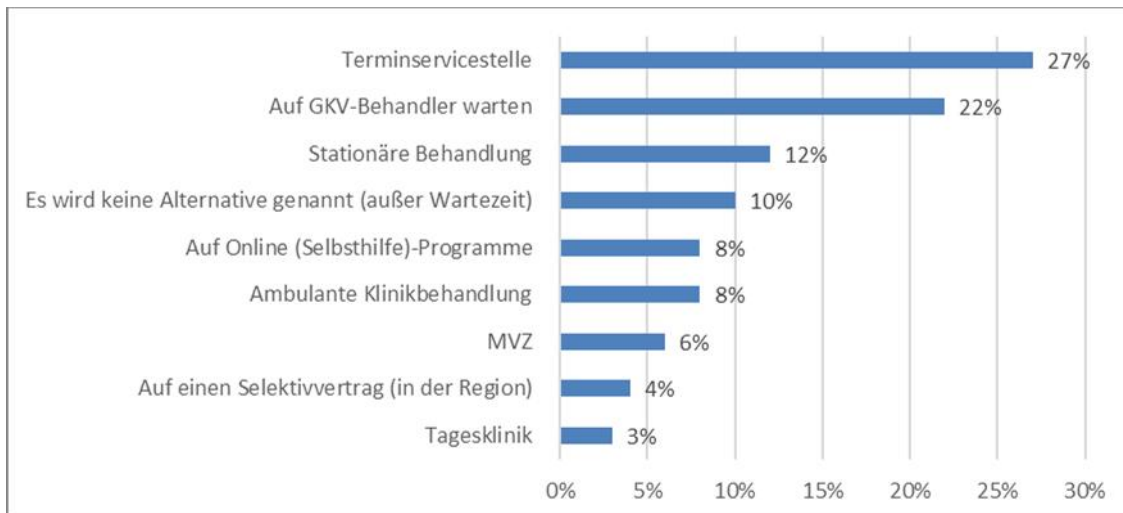


### Juristischer Widerspruch

- 36% der Umfrageteilnehmer geben an, dass ihre Patienten bei den Ersatzkassen in der Regel Widerspruch einlegen (15% bei Innungskrankenkassen, 13% bei Betriebskrankenkassen, 20% bei Allgemeinen Ortskrankenkassen). Für die im Detail betroffenen Kassen liegen der DPTV ebenfalls aus den befragten Regionen Ergebnisse vor.

### Grundsätzliche Ablehnung von Kostenerstattungs-Anträgen

- 60% der Teilnehmer geben an, dass einige Ersatzkassen die Kostenerstattung grundsätzlich verweigern; 47% geben dies für Allgemeine Ortskrankenkassen an, 13% für Innungskrankenkassen und 11% für Betriebskrankenkassen; nur 6% verneinen die Frage. Für die im Detail betroffenen Kassen liegen der DPTV ebenfalls aus den befragten Regionen Ergebnisse vor.
- 28% der Teilnehmer geben an, dass einige Ersatzkassen grundsätzlich auf Behandlungsalternativen (anstelle von ambulanter Psychotherapie) verweisen, 16% geben dies für Allgemeine Ortskrankenkassen an, 6% für Betriebskrankenkasse; 39% verneinen die Frage. Für die im Detail betroffenen Kassen liegen der DPTV ebenfalls aus den befragten Regionen Ergebnisse vor.
- Die Umfrageteilnehmer berichten, dass die Krankenkassen bei der Ablehnung der Kostenerstattungsanträge auf folgende „Behandlungsalternativen“ verweisen:



### **Kürzung von Sitzungszahlen**

- 37% der Umfrageteilnehmer geben an, dass ihre (über Kostenerstattung) genehmigten Therapien nicht in der beantragten Sitzungszahl gekürzt werden, 26% geben an, dass durchschnittlich eine genehmigte Therapie im Monat eine Kürzung der beantragten Sitzungszahl erfährt, 8% berichten eine solche Kürzung von durchschnittlich mindestens zwei genehmigten Therapien im Monat.

### **Kürzung von Rechnungen**

- Zum Teil werden Rechnungskürzungen beklagt: 4% der Teilnehmer erfahren „immer“ Rechnungskürzungen, 9% „meistens“, 17% „manchmal“. Immerhin geben an: 20% „selten“ und 18% „nie“.
- Aufgrund von gekürzten Kostenerstattungsrechnungen gehen bislang 14% der Befragten regelmäßig („immer“) in den Widerspruch, 36% nie.

### **Dr. Cornelia Rabe-Menssen**

DPTV Referatsleitung Wissenschaft und Forschung

### **Dipl.-Psych. Kerstin Sude**

Stellv. Bundesvorsitzende DPTV

Berlin, 20.02.2018