



UMFRAGE

Kostenerstattung

Februar 2022

Wissenschaft und Forschung



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Patienten mit einer Indikation für eine ambulante Psychotherapie müssen für einen Behandlungsplatz bei einem Vertragspsychotherapeuten oft mit langen Wartezeiten rechnen. Gesetzliche Krankenkassen müssen in diesen Fällen eine ambulante Psychotherapie als außervertragliche Behandlung in einer Privatpraxis auf dem Wege der „Kostenerstattung“ finanzieren. Dies ist in § 13 Abs. 3 SGB V geregelt. Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sich dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Während der COVID-19-Pandemie ist die Versorgungslage mit Psychotherapie besonders schwierig, da die Bevölkerung zunehmend unter psychischen Belastungen leidet. Anfragen an psychotherapeutische Praxen haben stark zugenommen. Daher sollten die gesetzlichen Krankenkassen ihren restriktiven Umgang mit der Bewilligung von Anträgen auf außervertragliche Psychotherapie zugunsten einer patientengerechten Bewilligungspraxis verändern. Die Ergebnisse der DPtV-Onlineumfrage vom Oktober 2021 zeigen jedoch, dass dies nicht geschehen ist. Vielmehr ist die mittlere Ablehnungsrate sowohl beim Erstantrag auf außervertragliche Psychotherapie als auch nach einem ersten Widerspruch durch Patienten im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie noch gestiegen. Zudem hat die Bearbeitungsdauer der Anträge durch die Krankenkassen zugenommen und die beantragten Stundenkontingente werden häufig gekürzt. Durch dieses Verhalten der Krankenkassen wird die schon angespannte Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie noch verschlechtert. Gesetzlich versicherte Patienten, für die Behandlungskapazitäten in Privatpraxen zur Verfügung stehen würden, kommen dadurch nicht in ausreichender Zahl in die benötigte psychotherapeutische Versorgung.

Cornelia Rabe-Messen

Kostenerstattung

Die DPtV hat im Oktober 2021 ihre in einer Privatpraxis tätigen Mitglieder (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) online zu ihren Erfahrungen und Schwierigkeiten in der Beantragung und Durchführung von „Kostenerstattung“, also bei Anträgen auf außervertragliche Psychotherapie nach SGB V §13 (3) befragt. Teilgenommen haben 503 Psychotherapeuten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung detailliert dargestellt: Wie viele Psychotherapeuten in Privatpraxen sind im Rahmen der „Kostenerstattung“ tätig? Wie groß ist der Aufwand für die Antragsstellung? Wie stellt sich das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen aktuell und im Vergleich zu den Vorjahren dar? Wie werden Ablehnungen begründet? Wie ist die Bearbeitungszeit durch die Krankenkassen und welche Krankenkassen erweisen sich als besonders unterstützend bzw. als besonders restriktiv? Anschließend werden die an der Umfrage teilnehmenden Psychotherapeuten beschrieben hinsichtlich bestehender Kapazitäten und der Wartezeit auf eine probatorische Einzeltherapiesitzung.

Zum Umgang mit Anträgen auf außervertragliche Psychotherapie („Kostenerstattung“)

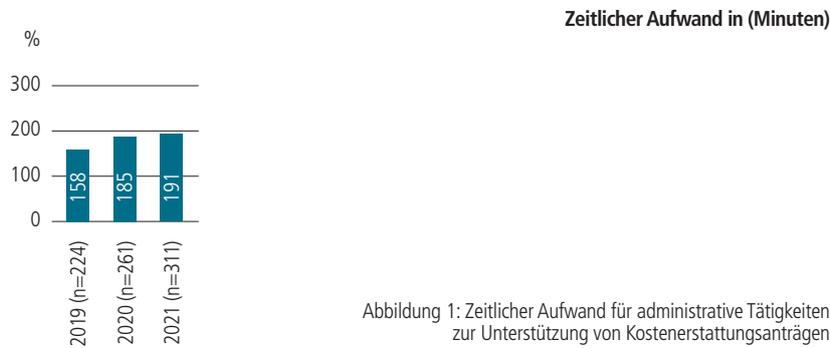
Mehr als 4/5 der befragten Psychotherapeuten haben in den letzten drei Jahren Kosten-
erstattungsanträge ihrer Patienten unterstützt.

83 % der Psychotherapeuten haben in den letzten drei Jahren¹ Anträge auf Kostenerstattung unterstützt, die ihre Patienten gestellt haben. Nur 17 % der Befragten haben dies gar nicht getan.

¹ Psychotherapeuten, die zum Zeitpunkt der Befragung erst seit einem kürzeren Zeitraum in einer Privatpraxis tätig waren, wurden gebeten, ihre Antwort einfach auf diesen Zeitraum zu beziehen.

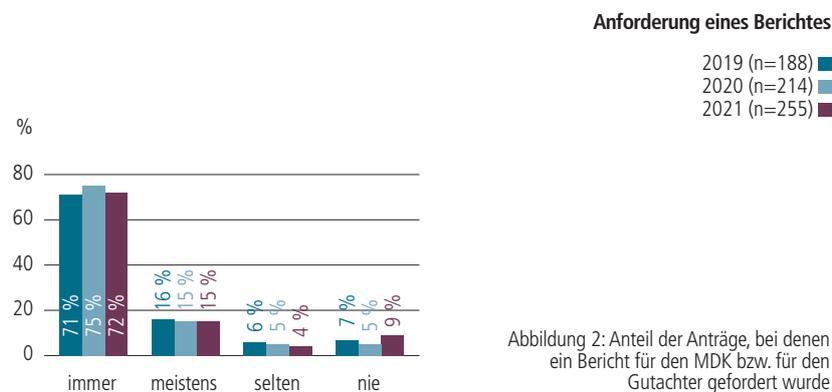
Der administrative Aufwand für die Unterstützung eines Patienten im Rahmen der Kostenerstattung umfasst z.B. Zeit für die Information über das Antragsverfahren, die Beratung zur Dokumentation der Absagen und zum weiteren Vorgehen, das Ausstellen zusätzlicher Bescheinigungen und Telefonate mit der Krankenkasse. Dieser zeitliche Aufwand beträgt im Mittel aktuell 191 Minuten und ist seit 2019 um 21 % angestiegen (s. Abb. 1).

Der zeitliche Aufwand für die Unterstützung dieser Anträge ist seit 2019 um 21 % gestiegen.



Über 70 % der Psychotherapeuten geben an, dass bei ihren Anträgen auf Kostenerstattung weiterhin ein Bericht für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bzw. für einen Gutachter angefordert wird, auch wenn es sich um die eigentlich von der Berichtspflicht befreite Kurzzeittherapie handelt. Der Anteil der Befragten, bei denen nie ein Bericht angefordert wird, liegt aktuell bei 9 % und ist seit 2019 um 2 Prozentpunkte gestiegen (s. Abb. 2). Insgesamt hat sich das Verhalten der Krankenkassen in punkto Berichts-anforderung seit 2019 nur wenig verändert.

In fast 3/4 der Fälle wird weiterhin ein Bericht für den MDK bzw. für einen Gutachter gefordert.



Seit 2019 ist die durchschnittliche Bearbeitungszeit durch die Krankenkasse nach Antragstellung auf 5,9 Wochen gestiegen (2019: 5,2 Wochen). Zwischendrin im Jahr 2020 lag sie sogar bei 6,1 Wochen. Der Anteil der Anträge, für die Krankenkassen im Durchschnitt eine Bearbeitungszeit von mindestens drei Monaten benötigen, hat sich seit 2019 fast verdreifacht (s. Abb. 3).

Bei 11% der Anträge liegt die Bearbeitungsdauer durch die Krankenkasse über 11 Wochen.

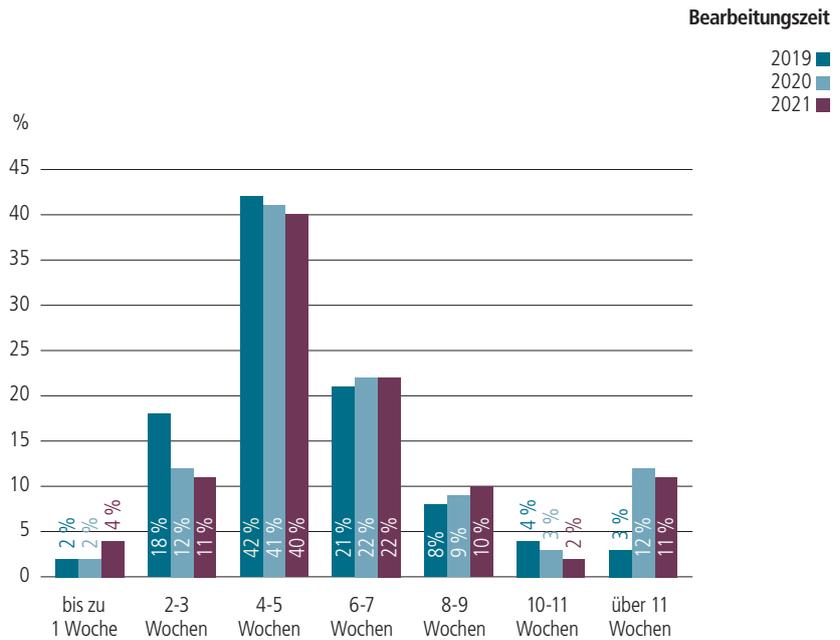


Abbildung 3: Durchschnittliche Bearbeitungszeit eines Kostenerstattungsantrags durch die Krankenkassen

Durchschnittlich werden 48% der Erstanträge von den Krankenkassen abgelehnt

Die Ablehnungsrate von Erstanträgen auf Kostenerstattung durch die Krankenkassen ist seit 2019 im Mittel von 43 % auf 48 % gestiegen, d.h. im Durchschnitt wurde 2021 fast die Hälfte aller Erstanträge abgelehnt. Eine differenzierte Betrachtung der Ablehnungsraten zeigt, dass im Jahr 2021 bei 18 % der befragten Psychotherapeuten mit 91-100 % fast alle Erstanträge abgelehnt wurden (s. Abb. 4). 10 % geben tatsächlich eine Ablehnungsrate von 100 % an. Bei einem knappen Viertel der Psychotherapeuten werden nur wenige Erstanträge abgelehnt, nämlich 0-10 %. Nur 15 % geben an, dass Erstanträge nie abgelehnt werden. Dieser Anteil lag im Jahr 2019 noch bei 18 %. Seit 2019 ist der Anteil an Psychotherapeuten gestiegen, bei denen mehr als 70 % der Erstanträge ihrer Patienten abgelehnt werden.

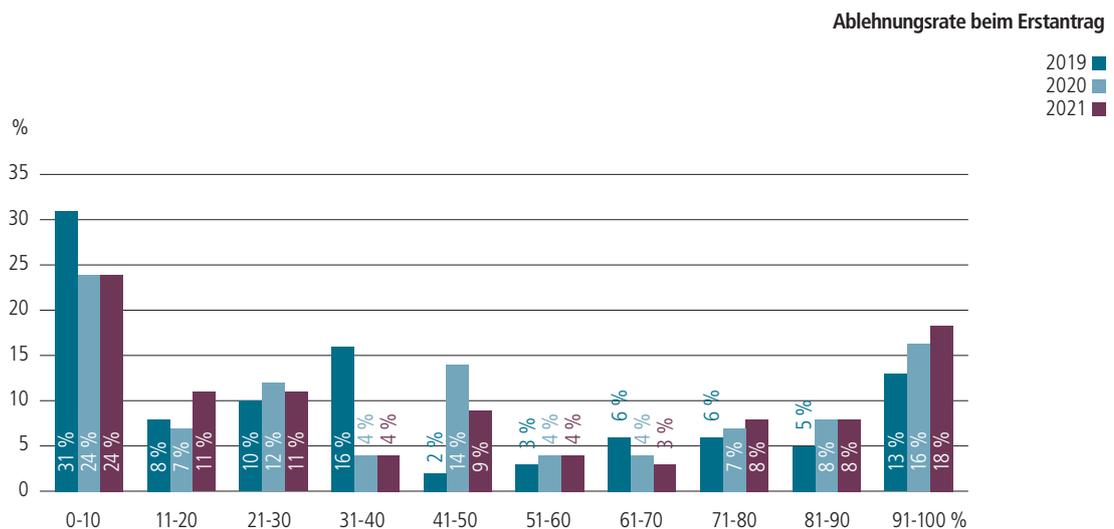


Abbildung 4: Anteil der abgelehnten Erstanträge in den Jahren 2019-2021

Als Begründung für die Ablehnungen steht der Verweis auf die Terminservicestelle im Vordergrund.

Als Grund für die Ablehnung des Erstantrags auf Kostenerstattung verweisen die Krankenkassen auf die Vermittlung von Psychotherapieplätzen und Akutbehandlungen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Außerdem nennen sie eine angeblich ausreichende Anzahl von zur Verfügung stehenden Vertragspsychotherapeuten. Häufig wird

auch die falsche Aussage getätigt, Kostenerstattung sei „nicht mehr erlaubt“ – fast 60 % der Psychotherapeuten geben diese Antwort der Krankenkassen an. Darüber hinaus verweisen die Krankenkassen auch auf ihre eigenen Versorgungsangebote und auf digitale Gesundheitsanwendungen, und sie lehnen den üblichen 2,3-fachen Honorarsatz ab (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Begründungen der Krankenkassen für die Ablehnung des Erstantrags auf Kostenerstattung, Anteil der Psychotherapeuten mit der entsprechenden Angabe

79 %	Patienten können eine Psychotherapieplatz durch die KV Terminservicestelle vermittelt bekommen.
64 %	Es stehen genügend Vertragspsychotherapeuten zur Verfügung.
59 %	Kostenerstattung „ist nicht mehr erlaubt“.
50 %	Patienten können eine Akutbehandlung durch die KV Terminservicestelle vermittelt bekommen.
19 %	Die Vertragspartner der Krankenkassen kümmern sich um Patienten
18 %	Es wird das übliche Honorar (GOP 2,3-fach ²) abgelehnt und nur der 1-fache GOP-Satz bewilligt.
17 %	Die Krankenkasse hat ein eigenes Versorgungsangebot.
14 %	Wartezeiten auf Psychotherapie können durch digitale Gesundheitsanwendungen überbrückt werden.
10 %	Psychotherapie kann auch durch digitale Gesundheitsanwendungen ersetzt werden.
19 %	Weitere Begründungen, z.B.: Keine Anerkennung als Approbierte wegen fehlender Kassenzulassung. Größere Entfernung zum Psychotherapeuten sei zumutbar. Kostenerstattung sei nicht im Angebot der jeweiligen Krankenkasse. Verweis auf stationäre Behandlungsmöglichkeiten. Hinhaltetaktik, ständige Vertröstungen, Ausbleiben von Antworten der Krankenkasse. Die Wartezeiten von 6 bis 12 Monaten seien zumutbar. Kürzung der bewilligten Anzahl von Sitzungen. Widerspruch gegen Dringlichkeit trotz Dringlichkeitscode auf PTV11. Persönliche Ansprachen des Patienten durch die KK in manipulativer Art, es habe keinen Zweck, den Antrag auf Kostenerstattung zu stellen.

Nur 26 % der Psychotherapeuten berichten, dass die Krankenkassen auf Behandlungsalternativen verweisen, v.a. auf ihre eigenen Angebote, auf stationäre Behandlungsangebote und auf eine Behandlungsmöglichkeit durch Psychiater (s. Tab.2).

In 3/4 der Fälle werden von den Krankenkassen keine Behandlungsalternativen genannt.

Tabelle 2: Von den Krankenkassen genannte Behandlungsalternativen

51 %	Angebote der Krankenkassen
38 %	Stationäre/teilstationäre Maßnahmen
34 %	Psychiater
29 %	Digitale Gesundheitsanwendungen
27 %	Klinikambulanz
15 %	Beratungsstellen
15 %	Medikamentöse Therapie
12 %	Hausärztliche Versorgung
8 %	Angebote der DRV, z.B. Reha
8 %	Anderes, z.B.: Verweis auf TSS Verweis auf kassenzugelassene PT, die aber keinen Platz frei haben Verweis auf Selbsthilfegruppen

Seit 2019 ist die durchschnittliche Widerspruchsrate von 41,5 % auf 44,8 % gestiegen. Beinahe gleich geblieben seit 2019 ist der Anteil an Patienten, die keinen Widerspruch einlegen (s. Tab. 3). Der Anteil der Psychotherapeuten, bei denen alle Patienten im Fall der Ablehnung ihres Erstantrags auf Kostenerstattung Widerspruch einlegen, ist leicht gestiegen von 13 % auf 17 %. Einen Widerspruch durch mindestens die Hälfte der Patienten wird aktuell von 50 % der Psychotherapeuten berichtet; auch hier findet sich nur ein leichter Anstieg verglichen mit 2019.

Mehr Patienten widersprechen nach einer Ablehnung des Erstantrags

² Der 2,3-fache Honorarsatz der GOP liegt derzeit unterhalb der Vergütung nach EBM in der Vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

Tabelle 3: Widerspruchsverhalten der Patienten bei Ablehnung des Erstantrags

	Durchschnittliche Widerspruchsrate	Kein Widerspruch	Widerspruch durch mind. 50 % aller Patienten	Widerspruch durch alle Patienten
2019	41,5 %	23 %	47 %	13 %
2020	42,0 %	22 %	48 %	14 %
2021	44,8 %	22 %	50 %	17 %

Auch die mittlere Ablehnungsrate der Anträge nach einem ersten Widerspruch hat um 3 Prozentpunkte zugenommen.

Die mittlere Ablehnungsrate der von den befragten Psychotherapeuten unterstützten Anträge nach einem ersten Widerspruch ist von 26,6 % (2019) über 28,7 % (2020) auf 29,8 % (2021) gestiegen.

Ablehnungsrate nach dem 1. Widerspruch

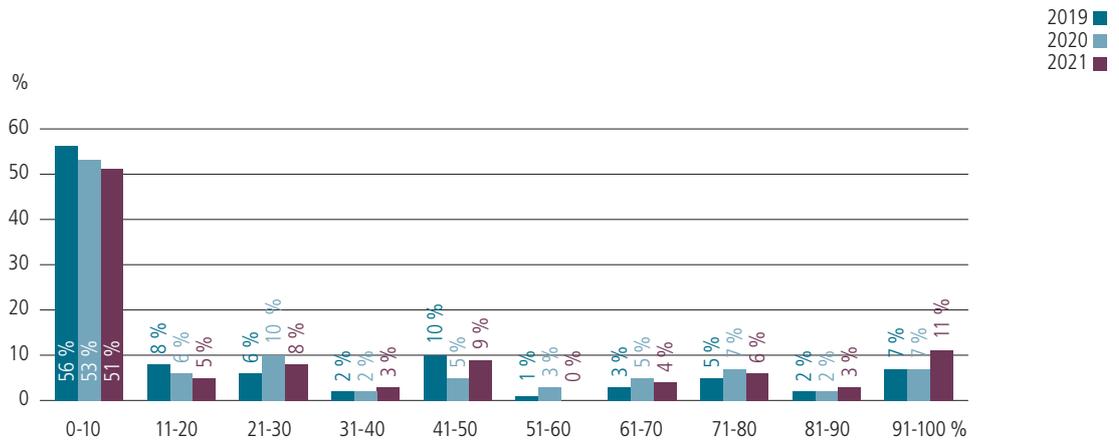


Abbildung 5: Anteil der abgelehnten Anträge nach dem 1. Widerspruch in den Jahren 2019-2021

Der Anteil der Fälle, in denen der erste Widerspruch immer erfolgreich ist, liegt seit 2019 gleichbleibend bei 38 %. Die Befragten berichten, dass die Ablehnungsrate aktuell in 8 % der Fälle bei 100 % liegt (2019: 7 %). Es kommt seltener vor, dass der erste Widerspruch Erfolg hat. Die Rate von höchstens 10 % Ablehnungen nach dem ersten Widerspruch hat seit 2019 um 5 Prozentpunkte abgenommen; gleichzeitig werden um 4 Prozentpunkte häufiger fast alle, nämlich 91-100 % der Anträge nach dem ersten Widerspruch abgelehnt (s. Abb. 5).

Kürzungen des Stundenkontingents haben zugenommen

Es kommt immer wieder vor, dass Krankenkassen ohne fachliche Begründung das von einem Psychotherapeuten veranschlagte Stundenkontingent bei einer Bewilligung eines Antrags auf Kostenerstattung kürzen. Die Häufigkeit, mit der diese Kürzungen vollzogen werden, hat sich seit 2019 erhöht (s. Abb. 6). Dass eine Kürzung bei jedem Antrag vorgenommen wird, wurde für 2021 von 15 % aller Psychotherapeuten angegeben, dieser Wert liegt um 5 Prozentpunkte höher als 2019. Der Anteil der Betroffenen, bei denen „meistens“ gekürzt wird, erhöhte sich seit 2019 um 2 Prozentpunkte. Dass nur „selten“ gekürzt wird, tritt weniger häufig auf und wird aktuell nur noch von 28 % angegeben. Dieser Wert liegt um 7 Prozentpunkte niedriger als 2019. 1/3 der Befragten erfahren weiterhin nie eine Kürzung des beantragten Stundenkontingents, dieser Anteil hat sich nicht verändert.

Kürzungen des Stundenkontingents

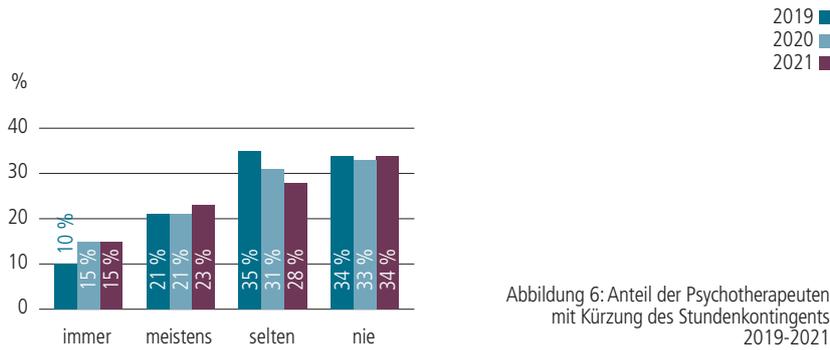


Abbildung 6: Anteil der Psychotherapeuten mit Kürzung des Stundenkontingents 2019-2021

Wenn Patienten einen Antrag auf Kostenerstattung gestellt haben, machen die Krankenkassen ihnen in der Hälfte der Fälle Vorgaben (50 %); einem Fünftel der Patienten werden keine Vorgaben gemacht (19 %), und bei 1/3 der Fälle sind die Psychotherapeuten darüber nicht von ihren Patienten informiert worden. Die meisten der erteilten Vorgaben beziehen sich auf die Forderung an die Patienten, eine TSS zu kontaktieren oder eine Sprechstunde in einer Vertragspraxis aufzusuchen (s. Tab. 4).

In der Hälfte aller Fälle machen Krankenkassen den Patienten Vorgaben.

Tabelle 4: Vorgaben der Krankenkassen bei Kostenerstattungsanträgen

25 %	Es wird gefordert, eine Sprechstunde in einer GKV-Vertragspraxis aufzusuchen.
25 %	Es wird gefordert, dass der Patient sich an eine Terminservicestelle wendet.
22 %	Es wird ein Dringlichkeitsnachweis auf PTV11 gefordert.
10 %	Es wird ein anderer Dringlichkeitsnachweis gefordert.
8 %	Es wird gefordert, mehr als eine Sprechstunde in einer GKV-Vertragspraxis wahrzunehmen.
7 %	Es wird eine andere Bestätigung einer GKV-Praxis (statt PTV11) gefordert, dass keine psychotherapeutische Behandlung in der GKV-Praxis möglich ist.
5 %	Anderes, z.B.: Es wird eine zusätzliche Dringlichkeitsbescheinigung durch einen Arzt gefordert. Es müssen 20 Absagen von Vertragspsychotherapeuten vorliegen. Noch vor Genehmigung der Probatorik wird ein Bericht an den Gutachter verlangt. Es wird 1x/Quartal eine Dringlichkeitsbescheinigung durch den Hausarzt gefordert. Es werden Qualifikationsnachweise des Psychotherapeuten eingefordert, obwohl diese der Kasse schon lange vorliegen.

58 % der Psychotherapeuten erleben durch einige Krankenkassen eine gute Unterstützung der Kostenerstattung. 23 % können dies nicht bestätigen, sie erfahren bei der Kostenerstattung keine Unterstützung durch irgendeine Krankenkassen.

Mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten gibt an, dass einige Krankenkassen die Kostenerstattung gut unterstützen.

Von allen Umfrageteilnehmern machen nur 31 % Angaben zu der Frage, welche Krankenkassen Kostenerstattungsanträge gut unterstützen. Mehrfachnennungen waren hier natürlich möglich. Führend positiv wird die TK beurteilt (s. Tab. 5).

Die TK und BKKen unterstützen Kostenerstattungsanträge am häufigsten, die Barmer am seltensten.

Tabelle 5: Krankenkassen, die Kostenerstattungsanträge gut unterstützen (Mehrfachnennung möglich)

14 %	TK
12 %	BKK
5 %	AOK
5 %	Knappschaft
4 %	IKK classic
4 %	SBK
4 %	HKK
3 %	KKH

3 %	Mobil Krankenkasse
11 %	Andere, z.B. Versch. BKK: Rheinland-Pfalz, Scheufelen, Bahn, Deutsche Bank, Linde, Salus, Audi, debeka, Herkules, Pronova, firmus, mobil Oil, R+V, Siemens, Pro Vita, VBU, Daimler, Mahle, EWE, 24, Gildemeister, Verkehrsbau Union

Die meisten Schwierigkeiten erleben die Psychotherapeuten bei der BARMER, gefolgt von der AOK.

Explizit anders herum befragt berichten die Psychotherapeuten folgende Erfahrungen:

Von allen Umfrageteilnehmern macht ca. die Hälfte Angaben zu der Frage, mit welchen Krankenkassen sie besonders viele Schwierigkeiten bei der Beantragung von Kostenerstattungsanträgen erleben. Mehrfachnennungen waren hier möglich. Die größten Probleme werden mit der BARMER erlebt (s. Tab. 6). Von der BARMER, den AOK und der DAK berichten viele Teilnehmer eine konsequente, durchgehende Ablehnungshaltung bezüglich der Kostenerstattungsanträge.

Tabelle 6: Krankenkassen, die Kostenerstattungsanträge besonders wenig unterstützen (Mehrfachnennung möglich)

36 %	BARMER
32 %	AOK
25 %	DAK
23 %	TK
13 %	IKK Classic
5 %	KKH
4 %	BKK
3 %	HKK
2 %	Knappschaft
2 %	SBK
2 %	Mobil Krankenkasse
6 %	Andere, z.B. Securvita HEK

Die aktuelle Genehmigungspraxis hat sich im Vergleich zu 2019 „verschlechtert“.

Die Krankenkassen erteilen derzeit im Vergleich zu 2019 und zu 2020 nach Einschätzung von 36-40 % der Psychotherapeuten mehr Ablehnungsbescheide. Nur ca.1/10 geben aus ihrer praktischen Erfahrung mehr Genehmigungen als in den Vorjahren an. Die Einschätzung der aktuellen Situation im Vergleich zum Vorjahr scheint für die Psychotherapeuten deutlich einfacher zu sein als zu der vor 2 Jahren: für die Veränderung von 2019 auf 2021 geben über 40 % „weiß nicht“ an. Von 2020 auf 2021 ist die Bewilligungspraxis nach Einschätzung der Hälfte der Psychotherapeuten gleich geblieben (s. Abb. 7).

Bewilligungsverhalten der Krankenkassen

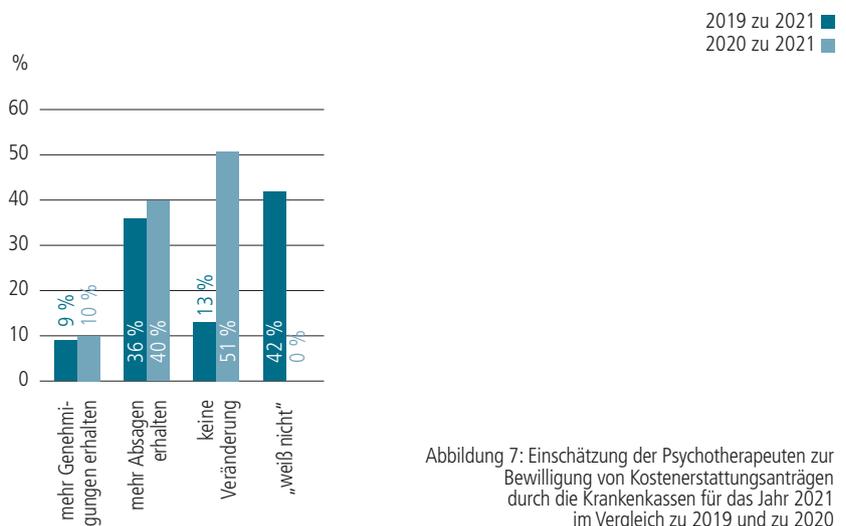


Abbildung 7: Einschätzung der Psychotherapeuten zur Bewilligung von Kostenerstattungsanträgen durch die Krankenkassen für das Jahr 2021 im Vergleich zu 2019 und zu 2020

Im Durchschnitt könnten die Psychotherapeuten in Privatpraxen über die durchgeführten Kostenerstattungstherapien hinaus 5,2 Stunden Einzeltherapie anbieten. 1/3 der Psychotherapeuten hat keine Kapazitäten für weitere Einzeltherapiestunden. Ein weiteres Drittel könnte 1 bis 5 zusätzliche Sitzungen, 15 % könnten mehr als 10 zusätzliche Einzeltherapiestunden anbieten (s. Abb. 8).

Die Psychotherapeuten könnten zusätzlich im Durchschnitt etwa 5 Stunden Einzeltherapie pro Woche anbieten.

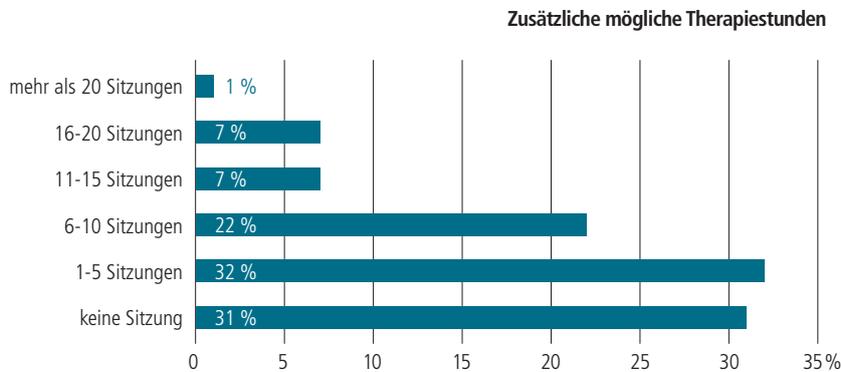


Abbildung 8: Über die Kostenerstattungstherapien hinaus im Durchschnitt wöchentlich anbietbare Therapiesitzungen (Einzel und Gruppe)

Die mittlere Wartezeit bei den teilnehmenden Privatpraxen auf eine probatorische Sitzung in der Einzeltherapie wird aktuell mit 5,3 Wochen angegeben. In dieser Wartezeit könnte auch die Bearbeitungszeit auf eine Kostenzusage enthalten sein. In etwa 1/10 der Fälle in der Einzeltherapie gibt es keine Wartezeit auf eine probatorische Sitzung, d.h. Termine können kurzfristig vergeben werden. Bei 21 % der Psychotherapeuten müssen Patienten in der Einzeltherapie drei Monate auf den Beginn der Probatorik warten. Patienten warten in ca. 55 % der Fälle höchstens 4 Wochen (s. Abb. 9).

Die aktuelle durchschnittliche Wartezeit auf eine probatorische Sitzung liegt in der Einzeltherapie bei ca. 5 Wochen.

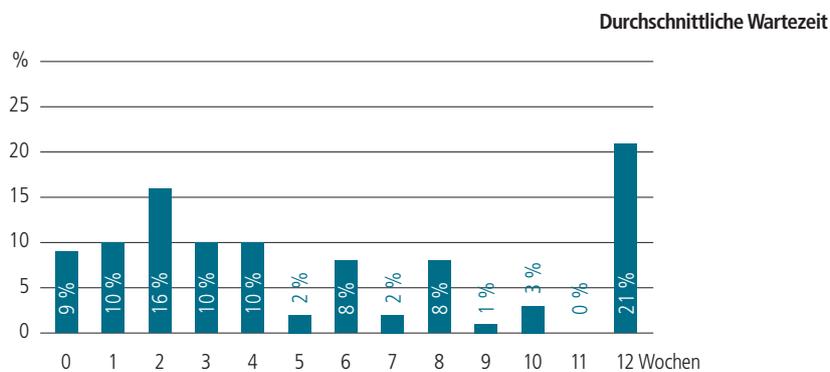


Abbildung 9: Durchschnittliche Wartezeit auf eine probatorische Sitzung in der Einzeltherapie

Stichprobe

503 in der ambulanten Versorgung in Privatpraxen tätige Psychotherapeuten haben an der Umfrage teilgenommen, davon waren 73 % Psychologische Psychotherapeuten (PP), 18 % Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), 6 % hatten eine Doppelapprobation als PP und KJP. Von 4 % der Teilnehmer liegt keine Angabe vor.

Knapp 3/4 der Teilnehmer sind Psychologische Psychotherapeuten



Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Bereichsleitung Psychotherapeutische Versorgung der DPTV, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPTV. Frühere wissenschaftliche Tätigkeiten an der Technischen Universität München und am Tumorzentrum der Charité Berlin.

Mit 18.000 Psychotherapeut*innen ist die DPTV der größte Berufsverband für Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen in Ausbildung in Deutschland. Die DPTV engagiert sich für die Anliegen ihrer Mitglieder und vertritt erfolgreich deren Interessen gegenüber Politik, Institutionen, Behörden, Krankenkassen und in allen Gremien der Selbstverwaltung der psychotherapeutischen Heilberufe.

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de