



Cornelia Rabe-Menssen, Mechthild Lahme, Kerstin Sude, Amelie Thobaben

Not bei der **Suche** nach einem ambulanten **Therapieplatz**



Die Versorgungsrealität in Deutschland zeigt, dass nicht alle einen Therapieplatz suchenden Patientinnen und Patienten einen Platz zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung finden. Die Wartezeiten sind weiterhin lang. Bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie vergehen im Mittel 19,6 Wochen (DPTV-Online-Umfrage 2018). Es zeigt sich: Die psychotherapeutische Versorgung kann nicht allein von den Vertragspraxen sichergestellt werden. Der gesetzliche Ausweg wurde im SGB V, § 13 Abs. 3 festgeschrieben, er heißt: Psychotherapie über Kostenerstattung (KE). Solche außervertraglichen Psychotherapien, die dann in Privatpraxen von approbierten Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PP/KJP) durchgeführt werden, sind aktuell für die psychotherapeutische Versorgung nicht wegzudenken, sie bleiben aus unserer Sicht unverzichtbar.

Hintergrund: Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach dem SGB V verpflichtet, eine dringend erforderliche Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung zu finanzieren, wenn die Behandlung nachweislich nicht von Vertragspraxen gewährleistet werden kann. Wir sprechen dann von einem „Systemversagen“. Auffallend ist allerdings, dass die Behandlung in einer psychotherapeutischen Privatpraxis, die oft stark auf Kostenerstattung fußt, seit dem 01.04.2017, dem Start der reformierten Psychotherapie-Richtlinie, bei einigen Kassen deutlich schwieriger durchzusetzen ist. Sie wird „gefühl“ von den Krankenkassen ausgebremst.

Warum? Zum einen drängen Kassen darauf, dass das, was beispielsweise mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (vgl. GKV-VSG, 16.07.2015) an Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in unser Gesundheitssystem übertragen wurde, jetzt auch Früchte tragen sollte, zum anderen wollen Krankenkassen sich verständlicherweise kein Systemversagen nachsagen lassen. Ferner müssen wir davon ausgehen, dass auch Einsparungen anvisiert werden. Vieles bleibt der Beobachtung nach dennoch widersprüchlich. Sollte nicht die Beendigung der Not von Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einem ambulanten

psychotherapeutischen Behandlungsplatz auf allen Seiten Vorrang haben?

Nöte ernst nehmen, benötigte psychotherapeutische, indikationsbezogene Hilfen zu ermöglichen, das sollte für Krankenkassen ein Qualitätsstandard und ernst zu nehmendes Anliegen sein, so könnte man zumindest meinen. Doch wir hören von vielen Privatpraxen, die Telefonkontakt oder Briefwechsel mit Sachbearbeitern von Krankenkassen hatten, dass Patienten mit Verweis auf die neue Richtlinie, auf die Psychotherapeutische Sprechstunde oder auf die neu geschaffenen Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Kostenübernahme verweigert wird. Dass sich kassenseitiges Ablehnungsverhalten seit der Richtlinien-Reform (RiLi-Reform) verstärkt hat, lässt sich mittlerweile anhand empirischer Daten gut belegen. Sowohl die DPTV-Umfrage zur Kostenerstattung Anfang 2018 als auch die diesjährige Umfrage von zehn Psychotherapeutenkammern (ohne OPK/RLP) zur Kostenerstattung zeigen eindeutig eine Zunahme der Ablehnungen von Anträgen auf Kostenerstattung in der Psychotherapie seit der Richtlinienreform. Konstatiert werden kann mittlerweile eine grundsätzliche Verweigerungshaltung von einzelnen Krankenkassen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die psychotherapeutische Versorgungssituation durch die Richtlinienveränderung noch nicht ausreichend Verbesserung erfahren hat. Durch zusätzliche Versorgungsangebote, vor allem durch die erfreulicherweise hinzu gekommene Psychotherapeutische Sprechstunde, ist allerdings die Anzahl der Behandlungsplätze für die Richtlinienpsychotherapie gleichzeitig gesunken.

Zur allgemeinen Versorgungslage sei u.a. auf Ergebnisse der DPTV-Umfrage zu Wartezeiten hingewiesen wie auch auf den Beitrag von Dieter Best: „Ein Jahr neue Psychotherapie-Richtlinie. Eine Zwischenbilanz“ (Psychotherapie Aktuell 1.2018). Zwar hat sich gemäß der Umfrageergebnisse die Wartezeit auf ein Erstgespräch (was 2018 meist der Sprechstunde entsprach) zunächst von 9,8 Wochen auf 6,5 Wochen um 33 % verkürzt, gleichzeitig hat sich aber die Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz seit 2017 verlängert, siehe Beitrag „Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie“ von M. Ruh & C. Rabe-Menssen (Bundesmitgliederbrief 2/2018).

Als die ersten Ergebnisse unserer DPTV-Umfrage 2017/18 zur Kostenerstattung vorlagen, veröffentlichten wir von der DPTV-Bundesebene aus sofort ein entsprechendes „FactSheet“ (vgl. DPTV-Pressemitteilung 3/2018), dessen Inhalte bereits einige Male von der Presse aufgegriffen wurden. Denn es zeigte sich schlicht, dass wir *nicht* auf Behandlungsplätze in den Privatpraxen für Psychotherapie verzichten können, sondern dass kassenzugelassene PsychotherapeutenInnen mit den KollegInnen in den Privatpraxen möglichst gut kooperieren sollten. Die Crux bleibt jedoch: Die Restriktionen von Kassen nehmen bei Anträgen auf Kostenerstattung zu.

Kostenerstattung ist seit dem 01.04.2017, dem Start der reformierten Psychotherapie-Richtlinie, deutlich schwieriger

Unsere empirischen Daten belegen, dass nach der Reform Kostenerstattungsanträge deutlich weniger bewilligt werden

Die neue Psychotherapie-Richtlinie hat den Weg in die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung erleichtert, nicht aber den Weg in die gesuchte Richtlinien-Psychotherapie

Vor der Richtlinienänderung wurden mehr Anträge auf Kostenerstattung genehmigt

Es stand zu befürchten, dass die Krankenkassen die Reform der Psychotherapie-Richtlinie erst mal als „Steilvorlage“ nehmen würden, um Gutes zu verkünden, z.B. dass sich mit der Umsetzung der neuen Richtlinie Versorgungsprobleme gelöst hätten. Diese Befürchtung hat sich bestätigt. Doch die Probleme sind nicht gelöst. Der Weg in eine notwendige ambulante Psychotherapeutische Sprechstunde und in eine ambulante Akutbehandlung wurde zwar erfolgreich gebahnt, nicht jedoch der Weg in eine benötigte Richtlinien-Psychotherapie. Die Anzahl von Kassensitzen hat sich aufgrund der immer noch fehlenden Umsetzung einer Bedarfsplanungsreform kaum verändert. Die Anzahl kassenzugelassener PP/KJP hat sich durch die große Zahl von Sitzteilungen hingegen etwas erhöht. Dies liegt vermutlich daran, dass zwei hälftige Versorgungsaufträge häufig mehr Versorgung anbieten können als ein ganzer Versorgungsauftrag; in einigen Regionen ist so erfreulicherweise eine bessere Versorgungslage spürbar geworden.

Angesichts der defizitären Versorgungslage in der ambulanten Psychotherapie erscheint uns die Reform und Aktualisierung der Bedarfsplanung umso dringlicher. Im Folgenden belegen wir die Situation mit Evaluationsergebnissen aus 2018.

Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage zur Kostenerstattung

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 Psychotherapie-Richtlinie verändert hat, wurde im Januar 2018 eine Online-Umfrage durchgeführt. Angeschrieben wurden dafür von der DPtV 546 Mitglieder. Insgesamt 422 Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten in die Auswertung mit einbezogen werden, die Rücklaufquote lag also bei 77 %. Die Befragungsergebnisse belegen insgesamt deutliche Veränderungen im Verhalten der Krankenkassen seit der Richtlinienreform.

Beschreibung der Stichprobe

Die 422 in die Auswertung einbezogenen Kolleginnen und Kollegen waren zu 61 % weiblich und zu 17 % männlich (22 % machten keine Angabe), das Durchschnittsalter betrug 42 Jahre. Die meisten Befragten stammten aus Berlin (25 %), NRW (24 %) und Hamburg (13 %). In den städtischen Gebieten scheint es besonders aktive Privatpraxen und Kostenerstattungsnetzwerke zu geben. Die Mehrheit der Teilnehmer (61 %) führen dabei als Richtlinienpsychotherapie eine Verhaltenstherapie durch, 14 % eine Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und 2 % Analytische Psychotherapie (Rest: keine Angabe). Bei 71 % der Teilnehmer

stellen Erwachsene die behandelte Patientengruppe dar, bei 20 % Kinder und Jugendliche. 8 % der Psychotherapeuten behandelten beide Gruppen.

Kostenerstattungs-Anträge werden seltener genehmigt

Vor der Richtlinienänderung wurden mehr Anträge auf Kostenerstattung genehmigt, nämlich im Mittel 2,2 Anträge pro Monat, dies im Vergleich zu 0,6 Anträgen im Monat seit dem 01.04.2017. Die Zahl der monatlichen Antragstellungen durch die PP und KJP blieb währenddessen gleich (vor und nach dem 01.04.2017 im Mittel 2,2 Anträge pro Monat).

Kostenerstattungs-Anträge auf Probatorik haben besonders stark zugenommen

50 % aller Teilnehmer berichteten, dass Ablehnungen von KE-Anträgen auf Probatorik seit der Richtlinienänderung zugenommen hätten; 39 % berichten dies von KE-Anträgen auf Langzeittherapie und 31 % von KE-Anträgen auf Kurzzeittherapie. Maximal ein Drittel der Patienten von einem Drittel der betroffenen Kolleginnen und Kollegen legten in der Regel Widerspruch ein.

Krankenkassen lehnen Kostenerstattungs-Anträge besonders häufig mit dem Verweis auf die Terminservicestellen (TSS) ab

Neben dem Hinweis auf die TSS argumentieren nach Aussage von fast der Hälfte der Teilnehmer die Krankenkassen auch mit der un-

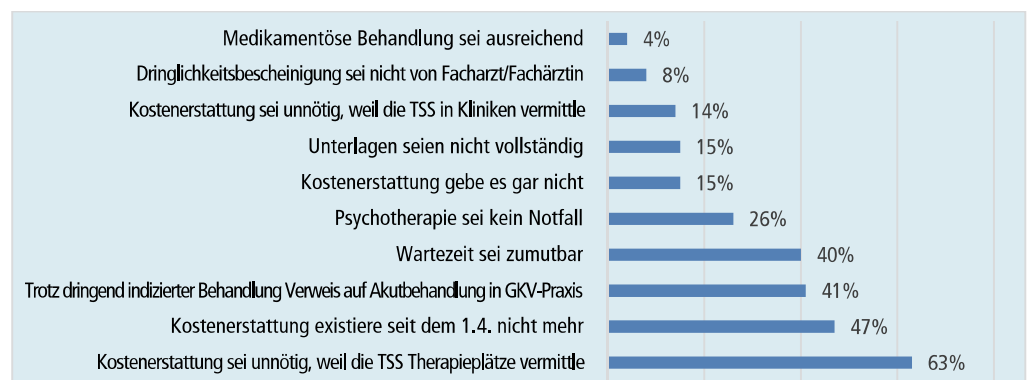


Abbildung 1. Argumente der Krankenkassen bei der Ablehnung von Kostenerstattungs-Anträgen

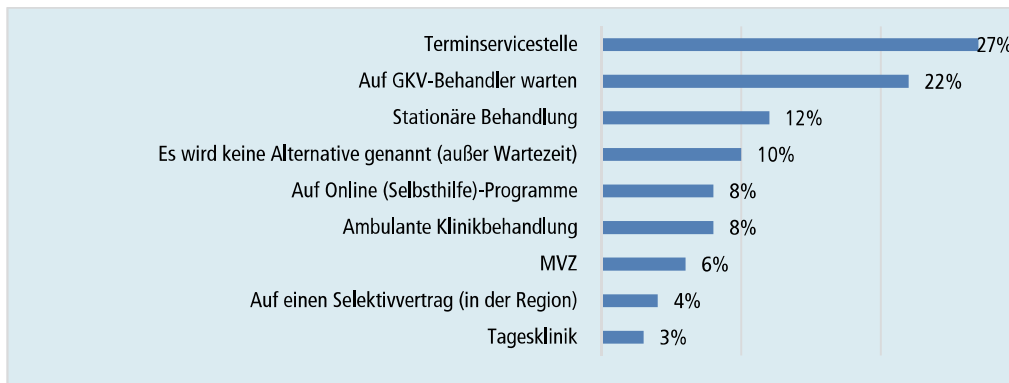


Abbildung 2. Verweis der Krankenkassen auf Behandlungsalternativen in der KE-Ablehnung

wahren Feststellung, dass Kosten-erstattung seit dem 01.04.2017 nicht mehr existiere (siehe Abb. 1) sowie mit dem Verweis auf eine Möglichkeit der Akutbehandlung in GKV-Praxen und auf für den Patienten zumutbare Wartezeiten.

Es handelt sich hierbei unserer Auffassung nach um ein rechtswidriges Verhalten der SachbearbeiterInnen von Krankenkassen, wenn diese behaupten, dass es Kosten-erstattung nach § 13 Abs. 3 nicht mehr gebe. Auch eine Indikation für ambulante Psychotherapie oder auch Aussagen bezüglich zumutbarer Wartezeiten sollten selbstverständlich allein von Approbierten und nicht von den MitarbeiterInnen der Krankenkassen ins Feld geführt werden. Manchmal wird von den Kassen auch auf eine stationäre Behandlung verwiesen und damit der Grundsatz von „ambulant vor stationär“ unterwandert, was weder patientengerecht noch dem Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V entspricht. Den Sachhinweis, dass

selbstverständlich die Option auf die Übernahme der Kosten einer außervertraglichen Psychotherapie noch besteht, bestätigte kürzlich das Bundesministerium für Gesundheit in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen zu Wartezeiten in der Psychotherapie (BT-Drs. 19/1066): Es sei darauf hinzuweisen, dass sich die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung durch die Neuregelungen zur Psychotherapie nicht verändert haben. Dies gelte auch für die Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften unaufschiebbaren Leistung im Falle einer nicht rechtzeitigen oder zu Unrecht abgelehnten Leistungserbringung durch die Krankenkasse nach § 13 Abs. 3 SGB V.

Grundsätzliche Verweigerung der Kostenerstattung durch einige Krankenkassen

60 % der Umfrageteilnehmer berichten in Bezug auf einige Ersatzkassen von einer grundsätzlichen *Verweigerungshaltung* gegenüber

Kostenerstattung. 47 % berichten über eine grundsätzliche Ablehnung von KE durch die Allgemeinen Ortskrankenkassen, 13 % geben dies über Innungskrankenkassen an und 11 % der Befragten über Betriebskrankenkassen. Nur 6 % der Teilnehmer geben an, dass sie eine solche Verweigerungshaltung bisher nicht erlebt haben. Für die im Detail betroffenen Kassen liegen der DPtV ebenfalls aus den befragten Regionen spezifizierte Ergebnisse vor.

Krankenkassen verweisen nicht nur auf die TSS und auf zumutbare Wartezeiten, sondern auch auf verschiedene „Behandlungsalternativen“ zu ambulanter Psychotherapie (siehe hierzu Abb. 2).

Forderungen der Krankenkassen im Rahmen der Ablehnung von KE-Anträgen

Einige Kassen stellen besondere Anforderungen an Patientinnen und Patienten, die auf Therapieplatzsuche sind. 40 % der Teilneh-

Die Ablehnungsgründe der Krankenkassen sind vielfältig und für die Patienten wenig hilfreich und nicht zielführend

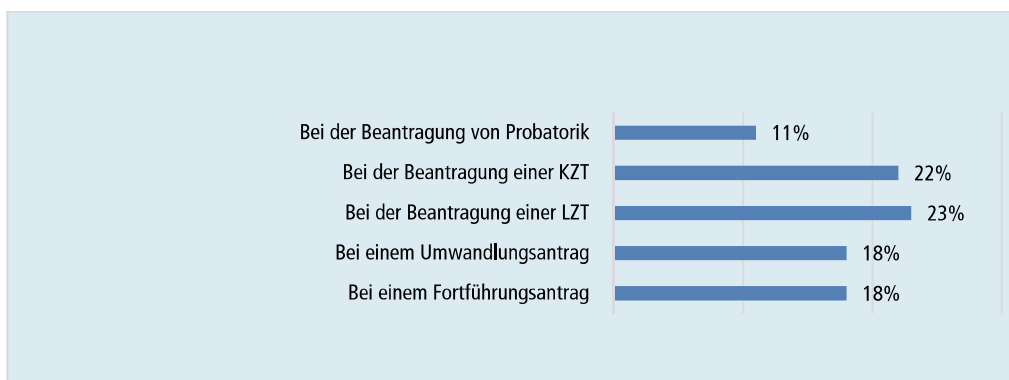


Abbildung 3. Anforderung eines ausführlichen Gutachtens

Der zeitliche Aufwand für die Psychotherapeuten stieg nach deren Aussagen pro Antragstellung um durchschnittlich 15 %

mer berichten, dass nach bereits erfolgter Indikationsstellung erneut auf die Psychotherapeutische Sprechstunde verwiesen wird. Weiterhin wird von einigen Kassen gefordert, dass die Patienten zuerst eine Fachärztin/einen Facharzt aufsuchen: ca. ein Drittel der Teilnehmer geben dies an; nur 8 % haben diese Forderung bislang noch nie erlebt. Darüber hinaus geben knapp 30 % der Befragten an, dass seit dem 01.04.2017 bei der Beantragung von außervertraglicher Psychotherapie deutlich häufiger vom MDK oder von der Krankenkasse selbst ein ausführlicher Bericht an den Gutachter verlangt wird (siehe hierzu Abb. 3, Seite 55).

Kürzung von Sitzungszahlen bei genehmigten Therapien

Bei knapp einem Drittel der Befragten erfährt durchschnittlich ein Patient im Monat eine Kürzung der von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten beantragten Sitzungszahl, 8 % der Psychotherapeuten berichten eine solche Kürzung bei durchschnittlich mindestens zwei genehmigten Therapien im Monat. 37 % der Kollegen geben an, dass sie bislang keine Kürzungen bei ihren Patienten erlebt haben.

Kürzung von Rechnungen

Auch Rechnungen der Privatpraxen werden offensichtlich von Kassen gekürzt. Nur 38 % der Teilnehmer erfahren „selten“ oder „nie“ Rechnungskürzungen, 17 % „manchmal“, 9 % „meistens“ und 4 % „immer“. Aufgrund von gekürzten

Rechnungen gehen nur 14 % der Patienten von den befragten Psychotherapeuten regelmäßig in den Widerspruch; 36 % tun dies nie.

Support der DPtV zum Thema Kostenerstattung

Ferner interessierte uns, wie die verschiedenen Informations- und Serviceangebote der DPtV rund um das Thema Privatpraxis/Kostenerstattung genutzt werden (siehe hierzu Abb. 4).

Ergebnisse der Kammer-Umfrage zur Kostenerstattung

Das Thema der zunehmenden Veränderungen und Restriktionen beschäftigte 2018 auch andere berufspolitische Akteure. Von der oben genannten Umfrage der zehn Landespsychotherapeutenkammern konnten beispielsweise die von Februar bis März 2018 ebenfalls im Rahmen einer Online-Umfrage erhobenen Daten von 2.400 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgewertet werden, die in ihrer ambulanten Praxis im Rahmen der Kostenerstattung tätig sind (Aktuelle Informationen unter www.lpk-bw.de, Oktober 2018). Da Kammermitglieder die ganze Bandbreite der PP/KJP widerspiegeln und hier eine deutlich größere Stichprobe gewonnen werden konnte, sind diese Ergebnisse sehr hilfreich. Die befragten Kolleginnen und Kollegen aus Privatpraxen wiesen hierbei ähnliche Merkmale auf wie die in unserer DPtV-Stichprobe,

d.h. es gab eine ähnliche Verteilung bezüglich der Richtlinienverfahren und eine ähnliche regional unterschiedliche Teilnahmequote: 25 % Berlin, 20 % NRW; das mittlere Alter der Befragten lag mit 47 Jahren über dem Altersdurchschnitt der DPtV-Stichprobe.

Im Vergleich zu den Durchschnittswerten aus 2016/17 konnte in dieser Kammer-Umfrage ein deutlicher Rückgang der Anzahl gestellter Anträge (um 19 %) sowie bewilligter Anträge auf Kostenerstattung (um 5059 Anträge) nachgewiesen werden. Die bewilligte Stundenzahl pro Therapie sank im Vergleichszeitraum um 24 %; gleichzeitig stieg die Bearbeitungsdauer der Kassen für einen KE-Antrag um 29 %. Der zeitliche Aufwand für die Psychotherapeuten stieg nach deren Aussagen pro Antragstellung um durchschnittlich 15 %.

Als Gründe für die Ablehnung eines Antrags auf KE wurden von den Krankenkassen dieselben wie bereits oben in der DPtV-Umfrage aufgeführten genannt, vor allem:

- Es seien genug Kassenpraxen vorhanden (57 %).
- Die Wartezeit bei Vertragspsychotherapie sei zumutbar (51 %).
- Kostenerstattung sei nicht mehr erlaubt (48 %), darüber hinaus die Hinweise:
 - Die Vertragspartner der Kassen kümmerten sich um die Patientin/den Patienten (35 %).
 - Die Kasse habe ein eigenes Versorgungsangebot (30 %).

Die PsychotherapeutInnen in Privatpraxen brauchen viel Support, um ihre Patienten bei der Suche und Antragstellung gut zu beraten

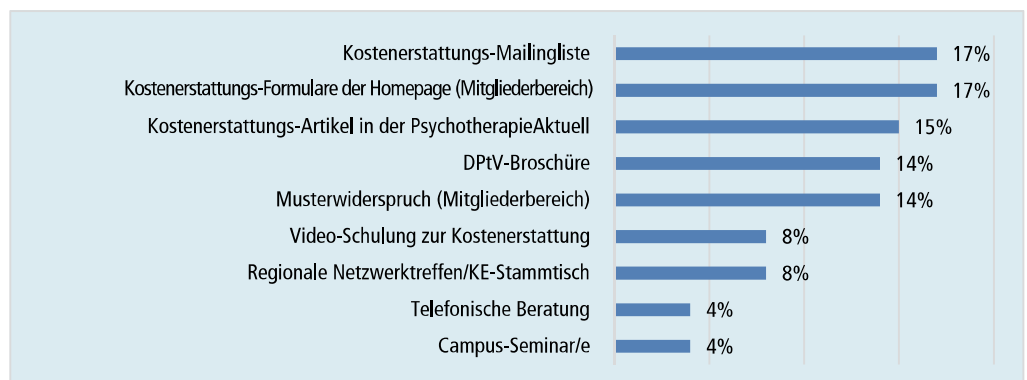


Abbildung 4. Nutzung der DPtV-Serviceangebote zur Kostenerstattung

All diese Begründungen wurden deutlich häufiger aufgeführt als im Vergleichszeitraum 2016/17. Neu dazugekommen sind als Ablehnungsgründe der Verweis auf die TSS sowie auf die Psychotherapie-Richtlinie und die Akutbehandlung. Auch die Ergebnisse zu den durch die Kassen angegebenen Behandlungsalternativen sind mit den DPtV-Umfrageergebnissen inhaltlich vergleichbar. Der Verweis auf Klinikambulanzen und stationäre Maßnahmen erfolgte sogar dop-

pelt so häufig. Ebenso bestätigt sich eine grundsätzliche „Verweigerungstaktik“ besonders bei den größeren Krankenkassen: 88 % der Teilnehmer berichten in der Kammer-Umfrage von grundsätzlicher KE-Verweigerung.

Deutlich wird durch die ausgewerteten Antworten zudem, wie belastend die Suche nach einem Psychotherapieplatz und das Antragsverfahren für die Patienten sind. Für die Privatpraxen selbst stellt eine Einschränkung der Kostenerstattung oft ein existenzielles Problem dar (50 %). In den Praxen landen zahlreiche Anrufe und Anfragen von Patienten, deren Frust und Enttäuschung groß sind. Bereits ca. 30 % der befragten Teilnehmer geben an, dass sie derzeit überlegen, ihre Privatpraxis zu schließen! Dies erscheint uns geradezu fatal angesichts der mangelhaften Versorgungssituation.

IGES-Gutachten 2017 zu Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen (bezogen auf das Jahr 2015)

Im Auftrag des damaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef-Laumann, wurde vom IGES-Institut, einem unabhängigen Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen, ein Gutachten zum unterschiedlichen Umgang der Krankenkassen mit Leistungsanträgen erstellt. Für den Bereich der Psychotherapie machten hier 21 Krankenkassen Angaben zum Jahr 2015; insgesamt wurden 536.167 Leistungsanträge gestellt. Die anhand der Anzahl der Anträge gewichtete durchschnittliche Ablehnungsquote betrug 5,9 % (die Quoten variierten zwischen 0,6 % und 14,7 %, Median 2 %). Hier, bei der sogenannten Richtlinienpsychotherapie ist die Ablehnungsquote gering. Anders sehen die Zahlen der Psychotherapieanträge aus, die durch den MDK beurteilt wurden. Hier wurden 44.862 Anträge

geurteilt; die Ablehnungsquote lag dann bei 20,9 % und die Quote eingeschränkter Bewilligungen bei 14,3 %. Zur Anzahl der eingereichten Widersprüche machten nur wenige Krankenkassen Angaben, so dass hierzu keine Kennzahlen berechnet wurden.

Schon 2017 kritisierte der damalige Patientenbeauftragte der Bundesregierung infolge der oben genannten Ergebnisse: „Die Krankenkassen dürfen gar nicht erst den Verdacht aufkommen lassen, dass sie bestimmte Leistungen zunächst einmal systematisch ablehnen, obwohl die Menschen einen klaren gesetzlichen Anspruch darauf haben“ (Ärzteblatt vom 23.06.2017). Er forderte u.a. mehr Transparenz seitens der Krankenkassen. Diese sollten demnach verpflichtet werden, die ausgewerteten Daten zu Leistungsbewilligungen bzw. -ablehnungen zu veröffentlichen und die Patienten besser über die Gründe für eine Ablehnung zu informieren als bisher.

Kostenerstattung – Was hilft?

All diese Studien zeigen: Die Suche nach einem psychotherapeutischen Behandlungsplatz ist und bleibt vorerst mühsam. Was heißt das nun für die Patienten? Dranbleiben! So unsere Empfehlung. Auch wenn es kein standardisiertes Vorgehen in der Beantragung der Kostenübernahme für eine außervertragliche Psychotherapie und auch keinen geregelten Anspruch auf eine Bewilligung gibt: Es sollte selbstverständlich sein, dass Kassen gemäß SGB V § 13 Abs. 3 die Erstattung der Kosten einer Therapie in individuellen Einzelfällen bei nachgewiesenem Systemversagen weiterhin als ein Patientenrecht begreifen. Alles andere dürfte rechtswidrig sein. Wir werden nicht müde, uns dazu berufspolitisch immer wieder einzubringen, auf die Missstände hinzuweisen und diese an die Öffentlichkeit zu bringen. Das Gesetz, in diesem Fall das SGB V, soll Pa-

„Die Krankenkassen dürfen gar nicht erst den Verdacht aufkommen lassen, dass sie bestimmte Leistungen zunächst einmal systematisch ablehnen, obwohl die Menschen einen klaren gesetzlichen Anspruch darauf haben“

*Karl-Josef Laumann,
ehemaliger Patientenbeauftragter
der Bundesregierung*

Es sollte selbstverständlich sein, dass Kassen gemäß SGB V § 13 Abs. 3 die Erstattung der Kosten einer Therapie in individuellen Einzelfällen bei nachgewiesenem Systemversagen weiterhin als ein Patientenrecht begreifen

Service der DPtV für Privatpraxen mit Kostenerstattung

Nur mit Ihren Rückmeldungen und mit guter Öffentlichkeitsarbeit können wir dem aktuellen restriktiven Umgang der Krankenkassen mit der Kostenerstattung berufspolitisch begegnen! Bitte geben Sie uns Rückmeldungen zum aktuellen Umgang der Krankenkassen mit der Bewilligung einer außervertraglichen Psychotherapie und schicken Sie uns auch Ihre Ablehnungen (Name der PatientInnen geschwärzt) an die eigens hierfür eingerichtete E-Mail-Adresse ablehnung_kostenerstattung@dptv.de.

Nutzen Sie für Fragen und den Austausch mit KollegInnen unsere Mailingliste kostenerstattung@infomail.dptv.de.

Hintergrundinformationen und vielfältige Anregungen finden Sie im Mitgliederbereich unserer Homepage

www.dptv.de > Intern > Materialien > Formulare > Kostenerstattung

Ein hilfreiches Schulungsvideo zur Einstimmung in die Privatpraxis mit Kostenerstattung www.dptv.de > Intern > Materialien > Vorträge, Videos

Wir empfehlen, das Freitextfeld im PTV 11 für individuelle Angaben in der Form von: ‚Eine Wartezeit von mehr als drei Monaten ist aufgrund der psychischen Erkrankung nicht zumutbar‘ zu nutzen

tienten helfen und ihnen Schutz bieten. Es hat keine Änderung erfahren und sollte deshalb auch greifen und im Notfall juristisch durchgesetzt werden.

Es erscheint wichtiger denn je, dass darauf hingearbeitet wird, dass auf Dauer nicht nur derjenige einen Therapieplatz erhält, der als PatientIn das Patientenrecht juristisch bzw. mit monetären Mitteln durchsetzen kann. Nicht wer ausreichend finanzielle Ressourcen hat, sollte bei Krankheit unterstützt werden, sondern alle psychisch kranken Menschen, die Hilfe suchen.

Auch kann es nicht sein, dass einzelne Krankenkassen, die außervertragliche Psychotherapie bewilligen, diese zu „Dumpingpreisen“ vergüten. Wir erfahren immer wieder, dass Kassen die Erstattung der Leistungen von dem üblichen 2,3-fachen auf den 1-fachen GOP-Satz kürzen. Dieses Vorgehen ist juristisch nicht haltbar, wir verweisen dazu auf den Beitrag von RA R.Nöske in der Psychotherapie Aktuell 2.2016.


Wie können wir heute aktiv die PatientInnen unterstützen?

Da der Besuch einer Psychotherapeutischen Sprechstunde vor Aufnahme einer Psychotherapie inzwischen Pflicht ist, ist es natürlich sinnvoll, auch diese Option zu nutzen. Einige Patienten werden auf diesem Weg Glück haben und einen Behandlungsplatz erhalten. Möglicherweise kann ein kluger Umgang beim Ausfüllen des Sprechstunden-Formulars „PTV11“ den Patienten helfen. Seit Oktober 2018 gibt es drei Arten, auf die eine psychotherapeutische Behandlung indiziert sein kann:

1. Akutbehandlung: begrenzte Zielsetzung, Behandlungsbeginn möglichst umgehend nach der Sprechstunde
2. ‚Zeitnah erforderliche‘ Psychotherapie: erste Probatorische Sitzung innerhalb von vier Wochen nach den Sprechstunden
3. ‚Normale‘ (= nicht ‚zeitnah erforderliche‘) Psychotherapie: Wartezeit länger als vier Wochen bis zur ersten Probatorischen Sitzung erscheint zumutbar.

Für uns steht fest: Auch die ‚normale‘ KZT/LZT kann sicher nicht endlos warten. Hier stellt sich die Frage der Zumutbarkeit. Wir empfehlen, das Freitextfeld im PTV 11 für individuelle Angaben, beispielsweise in der Form von: ‚Eine Wartezeit von mehr als drei Monaten ist aufgrund der psychischen Erkrankung nicht zumutbar‘ zu nutzen. PatientInnen, denen in der Sprechstunde ei-

ne Akutbehandlung oder eine zeitnah erforderliche Psychotherapie empfohlen wurde und bei denen eine Weiterbehandlung nicht in der Praxis erfolgen kann, haben nun auch die Möglichkeit, bei der Suche nach einem freien Platz für die Probatorik die Terminservicestelle in Anspruch zu nehmen. Wir empfehlen Patienten allerdings, um sinnlose Probatorische Sitzungen zu vermeiden, zuvor zu erfragen, ob in der Praxis überhaupt die Möglichkeit für eine „zeitnahe Richtlinien-Psychotherapie“ gegeben ist.

Die anderen PatientInnen werden sich wie gehabt auf die Suche nach einem Behandlungsplatz machen. Sie werden sich, wenn die Suche nicht erfolgreich ist, auch weiterhin mit dem Wunsch nach einer außervertraglichen Psychotherapie an die Privatpraxen wenden. Eine wie oben beschriebene Empfehlung auf dem PTV 11 könnte diese PatientInnen dabei unterstützen, eine Kostenzusage für eine Behandlung in einer Privatpraxis zu erhalten, denn bei einer nicht länger aufschiebbaren Behandlung ist die Zusage einer Therapie in einer Privatpraxis (Abrechnung über Kostenerstattung) durch die Krankenkasse nach wie vor gerechtfertigt. 



Dr. Cornelia Rabe-Messen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPtV.



Mechthild Lahme

Psychologische Psychotherapeutin, wissenschaftliche Referentin der Bundesgeschäftsstelle der DPtV mit den Schwerpunkten Qualitätsmanagement, Projektentwicklung, Seminare.



Kerstin Sude

Psychologische Psychotherapeutin, seit 2012 niedergelassen in Hamburg, Zulassung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Zuvor Wiss., Mitarbeiterin, Psychologin und Lehrende am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Poliklinik für Psychosomatik. Mitglied des DPtV-Landesvorstandes der LG Hamburg, seit 2013 stellv. Bundesvorstandsmitglied der DPtV.



Amelie Thobaben

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Niedergelassen in Bremen im Jobsharing und in Privatpraxis. Persönliche Erfahrung als Sicherstellungsassistentin. DPtV-Landesgruppenvorsitzende in Bremen. Mitarbeit in Gremien der KV und im Vorstand der Psychotherapeutenkammer. Das Thema Jobsharing ist ein langjähriger Schwerpunkt in der Beratung, in Publikationen und Dozententätigkeit.



Literaturhinweise

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.