

Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie

Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammern
Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein

Ergebnisbericht

Rüdiger Nübling ¹ und Karin Jeschke ²

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

² Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

in Zusammenarbeit mit

Ulrike Böker, Martin Klett und Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Nikolaus Melcop, Heiner Vogel (Bayern), Michael Krenz, Brigitte Kemper-Bürger (Berlin), Wiebke Rappen, Amelie Thobaben (Bremen), Heike Peper (Hamburg), Andreas Pichler (NRW), Else Döring (Hessen), Felicitas Michaelis, Daniel Nowik, Roman Rudyk (Niedersachsen), Dagmar Schulz, Oswald Rogner (Schleswig-Holstein)



Stuttgart/Berlin, Oktober 2018

Autoren

Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Referat Psychotherapeutische Versorgung und
Öffentlichkeitsarbeit
Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart
Tel.: +49 (0)711/674470-40, Fax: 0711/674470-15

nuebling@lpk-bw.de,

Dipl.-Psych. Karin Jeschke

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
(PTK Berlin)
Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel: +49 (0)30 887140-0, Fax: 030 887140-40

jeschke@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Projektgruppe (in Klammer jeweilige Landespsychotherapeutenkammer)

Ulrike Böker, Martin Klett und Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg)
Dr. Nikolaus Melcop, PD Dr. Heiner Vogel (Bayern)
Michael Krenz, Brigitte Kemper-Bürger (Berlin)
Wiebke Rappen, Amelie Thobaben (Bremen)
Heike Peper (Hamburg)
Andreas Pichler (NRW)
Else Döring (Hessen)
Felicitas Michaelis, Daniel Nowik, Roman Rudyk (Niedersachsen)
Dagmar Schulz, Oswald Rogner (Schleswig-Holstein)

Inhalt

1	Vorbemerkung	5
2	Zusammenfassung.....	7
3	Hintergrund.....	9
4	Fragestellungen	13
5	Methodik.....	14
5.1	Fragebogen	14
5.2	Durchführung	15
5.3	Datenauswertung.....	15
6	Stichprobe	15
7	Ergebnisse.....	18
7.1	Praxisrahmen.....	18
7.2	Arbeitszeiten und Rahmen der Tätigkeit	18
7.3	Finanzierung der Psychotherapien.....	20
7.4	Anträge auf Kostenerstattung: Anzahl, Ablehnungsrate und Bearbeitungszeit.....	21
7.5	Anträge auf Kostenerstattung: von Krankenkassen genannte Gründe für eine Ablehnung.....	22
7.6	Anträge auf Kostenerstattung: von Krankenkassen genannte Behandlungsalternativen.....	24
7.7	Gesamturteil Unterstützung der Krankenkassen.....	25
7.8	Vorgaben der Krankenkassen an ihre Versicherten	25
7.9	Kapazität für weitere PatientInnen und Wartezeit.....	26
7.10	Bewerbung auf einen Kassensitz	26
7.11	Zugangswege der PatientInnen.....	28
7.12	Allgemeine Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Tätigkeit.....	28
7.13	Bewertungen der Situation der Kostenerstattung	29
7.14	Einschätzung der Veränderungen von 2016 nach 2017	31
7.15	Antworten der Frageblöcke mit offenem Antwortformat.....	32
8	Diskussion.....	33
9	Dank.....	34
10	Literatur.....	34
11	Anhang.....	37
11.1	Anhang 1: Offene Antworten der TeilnehmerInnen an der Studie (Auswahl).....	37
11.2	Anhang 2: Anschreiben und Fragebogen	50

1 Vorbemerkung

„Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (§ 27 Abs. 1 SGB V).

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 13 Abs. 3 SGB V verpflichtet, eine erforderliche ambulante Psychotherapie als außervertragliche Behandlung im Wege der Kostenerstattung zu finanzieren, wenn die Sicherstellung der Behandlung im Rahmen der Vertragspraxen nicht gewährleistet werden kann. Voraussetzung ist die diagnostische Feststellung einer psychischen Erkrankung, bzw. das Vorliegen einer Störung mit Krankheitswert und die Indikationsstellung für eine ambulante Psychotherapie.

Eine von 10 Landespsychotherapeutenkammern durchgeführte **Versorgungsstudie** bildet die **aktuelle Lage der außervertraglichen ambulanten Psychotherapien in Privatpraxen**, die von den Krankenkassen im Wege der Kostenerstattung bewilligt bzw. finanziert werden, nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie ab.

Die Ergebnisse unserer hier vorgelegten Untersuchung zeigen eine deutliche Reduktion der Bewilligung bzw. der Kostenerstattung von außervertraglichen Psychotherapien im Vergleich der Jahre 2016 und 2017. Dies bedeutet eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung psychisch kranker therapiesuchender Menschen, obwohl in Privatpraxen psychotherapeutische Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen.

Durch die **restriktive Handhabung der Kostenerstattung** für außervertragliche Psychotherapien verknappen die Krankenkassen die ohnehin unzureichenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen bzw. **verwehren diesen einen Zugang zu einer notwendigen und leitliniengerechten Behandlung.**

Dabei **verhalten sich einige Krankenkassen sogar gesetzwidrig**, da sie gegenüber ihren Versicherten behaupten, die Kostenerstattung von außervertraglichen psychotherapeutischen Behandlungen sei nach Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie abgeschafft worden. (*)

Die patientenorientierten Erweiterungen der Psychotherapie-Richtlinie durch niedrigschwellige Angebote, wie die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Psychotherapeutische Akutbehandlung u.a.m., führen gleichzeitig zu einer Verknappung von Kapazitäten für Richtlinienpsychotherapie in den Vertragspraxen. Dieses Problem wird durch die verpflichtende Vermittlung von Probatorischen Sitzungen über die Terminservicestellen seit dem 1.10.2018 noch verschärft, da hierfür in den Vertragspraxen zeitliche Kapazitäten freigehalten werden müssen, auch wenn keine indizierte Anschlussbehandlung angeboten werden kann.

Um einer Chronifizierung psychischer Erkrankungen vorzubeugen und einen schnellen Behandlungsbeginn „ambulant vor stationär“ zu gewährleisten, sollten ambulante Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und nicht eingeschränkt werden. In den Behandlungsleitlinien für die überwiegende Zahl der psychischen Störungen wird Psychotherapie als angemessene und wirksame

Behandlungsform empfohlen. Der Gesetzgeber sieht mit § 13 Abs. 3 SGB V ausdrücklich die Möglichkeit für GKV-Versicherte vor, bei nicht ausreichenden bzw. nicht zeitnah verfügbaren Behandlungskapazitäten in Vertragspraxen, eine außervertraglich erbrachte Leistung von ihrer Krankenkasse erstattet zu bekommen.

Angesichts des in der Studie abgebildeten Versorgungsumfangs zeigt sich, dass in den Privatpraxen ein erheblicher Beitrag zur Versorgung von gesetzlich Versicherten erbracht wird. Vor diesem Hintergrund ist zu gewährleisten, dass gemäß § 13 Abs. 3 SGB V die Kostenerstattung für die Inanspruchnahme der PsychotherapeutInnen in Privatpraxen von den Krankenkassen weiterhin bewilligt wird.

Für die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung fordern wir darüber hinaus eine **an den regionalen Versorgungserfordernissen orientierte Versorgungsplanung, die sich am konkreten Behandlungsbedarf der PatientInnen orientiert.** Weiterhin halten wir **die Aufhebung von Beschränkungen beim Jobsharing, bei Anstellungsverhältnissen in Praxen und bei der Nachbesetzung von (halben) Praxissitzen**, durch die mögliche Kapazitätserweiterungen verhindert werden, für dringend erforderlich.

Berlin/Stuttgart, 16. Oktober 2018

Für die Projektgruppe:

Heike Peper (Hamburg) und Michael Krenz (Berlin)

(*) Dieser Bericht wird auch dem Bundesversicherungsamt und den Aufsichtsbehörden der Bundesländer, die die Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen haben, zur Kenntnis gegeben.

2 Zusammenfassung

Um die **aktuelle Situation der gemäß § 13 Abs. 3 SGB V erbrachten außervertraglichen psychotherapeutischen Behandlungen in Privatpraxen** näher zu beleuchten, haben 10 Landespsychotherapeutenkammern gemeinsam eine Versorgungsstudie durchgeführt. Die Daten dazu wurden im Zeitraum zwischen dem 15.02. und 31.03.2018 als Onlinebefragung erhoben. Teilgenommen haben bundesweit ca. 2.500 PsychotherapeutInnen, in deren ambulanten Privatpraxen Psychotherapien im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V finanziert werden. Im Folgenden wird stichwortartig eine kurze Übersicht zu den Ergebnissen gegeben.

- Zu Anträgen auf Kostenerstattung (KE), jeweils 2017 im Vergleich zu 2016:
 - **Abnahme der Bewilligungsquote von 81% auf 47%** (2016: durchschnittlich 11,5 von 14,2 Anträgen, 2017: 5,7 von 11,5)
 - **Rückgang der durchschnittlich bewilligten Stundenzahl je Therapie um 24% von 37 auf 28 Sitzungen**
 - **Verlängerung der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer** der Kassen für einen Antrag **um 29% von 6,6 auf 8,4 Wochen**
 - **Erhöhung des therapeuteseitigen Arbeitsaufwands** pro Antrag **um 15%** (auf ca. 3 Stunden).
- Anteil der befragten PsychotherapeutInnen, die berichteten, dass ihre PatientInnen häufig folgende Begründungen der Krankenkassen bei einer Ablehnung eines Antrags auf Kostenerstattung nennen:
 - **82%** - Terminservicestellen würden nun alle PatientInnen versorgen
 - **65%** - durch die neuen Leistungen bzw. die neue Psychotherapie-Richtlinie seien nun alle PatientInnen versorgt
 - **57%** - es seien genug Kassenpraxen vorhanden
 - **48%** - Kostenerstattung sei nicht mehr erlaubt
 - **35%** - Vertragspartner der Kassen kümmerten sich um PatientInnen
 - **30%** - Kasse habe eigenes Versorgungsangebot.
- **88%** der teilnehmenden PsychotherapeutInnen bejahten die Aussage, dass **es Krankenkassen gibt**, die die **Kostenerstattung** von Psychotherapie **„grundsätzlich verweigern“**. Am häufigsten genannt wurden dabei AOK, DAK, Techniker und Barmer.
- Ca. **95%** der antwortenden PsychotherapeutInnen beschreiben das aktuelle **Antragsverfahren als für PatientInnen sehr belastend**.
- Ca. **30%** der antwortenden PsychotherapeutInnen überlegen derzeit, ihre **Privatpraxis zu schließen**, für ca. **50%** stellt die Einschränkung der Kostenerstattung für außervertragliche psychotherapeutische Leistungen ein wirtschaftlich existentielles Problem dar.
- Die befragten PsychotherapeutInnen nutzen sehr häufig und intensiv die **offenen Antworten**, in denen sie die aktuelle Situation in eigenen Worten beschreiben:
 - Viele sprechen von einer Odyssee der PatientInnen, die oft entmutigt aufgeben, zumal sie sich aufgrund ihrer Erkrankung nicht durchsetzen können.

- Viele beschreiben die Situation als „katastrophal“.
- Einige nehmen keine GKV-Versicherten in ihrer Praxis mehr auf, u.a. weil ihnen das Antragsverfahren für die PatientInnen und auch für sich selbst zu aufwändig und auch entwürdigend scheint.

Zusammenfassend hat sich durch die starke Restriktion der Bewilligung außervertraglicher Psychotherapien im Wege der Kostenerstattung durch die Krankenkassen die **Situation therapiesuchender Menschen, die gesetzlich versichert sind, deutlich verschlechtert**. Da die **Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V als individuelle Notlösung zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages unverändert im Gesetz** steht und sich die Versorgungsdefizite in der Psychotherapie keinesfalls verringert haben, hat die in der Studie deutlich werdende **flächendeckende Restriktion bei der Kostenerstattung** von psychotherapeutischen Leistungen durch die Kassen starke Auswirkungen. Das **Recht der betroffenen PatientInnen auf eine zeitnahe Behandlung ihrer psychischen Erkrankung** wird dadurch **massiv eingeschränkt**. Das derzeitige restriktive Verhalten der Krankenkassen könnte auch als **Diskriminierung psychisch kranker Menschen** interpretiert werden.

Die durch den Bundesgesundheitsurvey (Jacobi et al., 2014) belegte Prävalenz psychischer Störungen und die ebenfalls nachgewiesene **fehlende oder falsche Behandlung** vieler Menschen mit psychischen Störungen weisen auf einen hohen Behandlungsbedarf hinsichtlich ambulanter Psychotherapie hin. Unter der Prämisse eines frühen und damit einer möglichen Chronifizierung vorbeugenden Behandlungsbeginns (auch „ambulant vor stationär“) sowie entsprechend der **Empfehlungen der aktuellen Behandlungsleitlinien** für die überwiegende Zahl der psychischen Störungen sollten deshalb **ambulante Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut** und nicht eingeschränkt werden. Der Gesetzgeber sieht mit § 13 Abs. 3 SGB V ausdrücklich die Möglichkeit für GKV-Versicherte vor, bei nicht ausreichenden bzw. nicht zeitnah verfügbaren Behandlungskapazitäten innerhalb des Kollektivvertrages eine außervertraglich erbrachte Leistung von ihrer Krankenkasse erstattet zu bekommen.

Wie die BPtK-Studie zur Umsetzung der neuen Psychotherapierichtlinie bzw. der aktuellen Wartezeiten (BPtK, 2018) weist auch die vorliegende Studie auf die **Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der Bedarfsplanung** für die ambulante psychotherapeutische Versorgung hin.

3 Hintergrund

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist seit vielen Jahren nicht ausreichend gesichert. Eine weitgehend auf dem Stand von 1999 festgeschriebene Bedarfsplanung kann, trotz einiger Anpassungen, nach wie vor nicht genügend Behandlungsplätze in Vertragspraxen zur Verfügung stellen. Mehrere Studien weisen auf erhebliche Versorgungsdefizite und Mängel der Bedarfsplanung hin (z.B. BPtK, 2011, 2018; Gaebel, Kowitz, Fritze & Zielasek, 2013; Jacobiet al., 2014; Melchior, Schulz, Härter, Walker & Ganninger, 2014; Nübling et al., 2014a; Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014b).

Die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland wird auf konstant ca. 30% geschätzt (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004; Jacobi et al., 2014; Wittchen et al., 2012). Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit im Mittelfeld. Neuere Erhebungen, die sich auf die Gesamtbevölkerung beziehen (inklusive Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen) ergeben eine Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 38% der europäischen Bevölkerung (Wittchen et al., 2010).

Demgegenüber wird in der Primärversorgung nur etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen erkannt (Kruse, Heckrath, Schmitz, Alberti & Tress, 1999; Wittchen & Jacobi, 2001). Die meisten psychischen Erkrankungen bleiben unbehandelt, nur etwa 25% der Betroffenen werden durch das Versorgungssystem erreicht und erhalten zumindest eine minimale Betreuung (z.B. kurze Beratung oder kurzes Gespräch mit dem Hausarzt; Wittchen & Jacobi, 2005). Daten der KV Bayern zeigen, dass nur ca. 12% aller PatientInnen mit einer erkannten, d.h. diagnostizierten Depression psychotherapeutisch behandelt werden (BPtK, 2008). In einer Studie auf der Basis der Versichertendaten von ca. 3,3 Mio. Versicherten dreier großer gesetzlicher Krankenkassen, die eine psychische Erstdiagnose (ICD10, F-Diagnose) aufwiesen, kommen Gaebel et al. (2013) zum Ergebnis, dass lediglich ca. 2,5% dieser PatientInnen ambulant psychotherapeutisch versorgt werden. Nur etwa ein Viertel der PatientInnen mit einer schweren Depression erhalten eine leitliniengerechte Behandlung: etwa 12% die empfohlene Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Psychotherapie mit entsprechender Mindestdauer und etwa 14% stationäre Behandlung. Mehr als die Hälfte (56%) erhalten demgegenüber ausschließlich eine Monotherapie meist mit Antidepressiva. Fast ein Fünftel der Betroffenen wurde im zugrunde gelegten dreijährigen Untersuchungszeitraum gar nicht behandelt. (Melchior Schulz, Härter, Walker, & Ganninger, 2014). In der Leitlinie Depression der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wird für die weit verbreitete leichtere und mittelschwere Depression Psychotherapie als Mittel der Wahl hervorgehoben, die in der Regel nur begleitend (!) unterstützt werden sollte von medikamentöser Behandlung (AWMF, 2015).

Aus den verfügbaren Behandlungsplätzen sowie Inanspruchnahmedaten des Jahres 2012 haben Nübling et al. (2014b) die Versorgungskapazität der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung geschätzt: Danach werden jährlich ca. 1,55 Mio. erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen psychotherapeutisch behandelt (ca. 1.000.000 ambulant und ca. 550.000 stationär). Kruse et al. (2012) kommen auf der Basis von Daten der

KBV auf etwas höhere Zahlen im Bereich der ambulanten Psychotherapie (1,1 Millionen Patienten jährlich). Die zusätzliche Einbeziehung der ausschließlich psychiatrisch (also nicht psychotherapeutisch) versorgten psychisch kranken Menschen liegt bei ca. 700.000 PatientInnen/Jahr stationär und ca. 1,7 Mio. ambulant (insgesamt 2.4 Mio./Jahr; Nübling et al., 2014a). Im Vergleich zu den epidemiologisch ermittelten Bedarfszahlen (ca. 15 Millionen Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland) würde damit der psychotherapeutische Versorgungsgrad bei ca. 10% liegen, einschließlich der psychiatrischen Versorgung bei 26%. Hierbei ist hervorzuheben, dass die ambulanten und stationären Zahlen additiv verknüpft wurden, es in vielen Fällen aber sowohl eine stationäre als auch eine (daran anschließende) ambulante Psychotherapie durchgeführt wurde. Auch sind ältere Menschen (>65 Jahre), bei denen aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Psychotherapie indiziert ist, nicht berücksichtigt. Die aktuelle Bevölkerung der 66-75-Jährigen umfasst ca. 8 Mio. Menschen¹, würden diese in die Analyse einbezogen, ergäbe sich ein Versorgungsgrad von 7 bis 17%.

Eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2011) ermittelte bezogen auf das Jahr 2010 Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch von durchschnittlich 9 Wochen und auf einen Behandlungsplatz von ca. 17 Wochen. Die im April 2018 veröffentlichte Versorgungsstudie der BPtK zu der neuen Psychotherapierichtlinie (BPtK, 2018) kommt u.a. zum Ergebnis, dass psychisch kranke Menschen zwar inzwischen einen schnelleren Zugang zu PsychotherapeutInnen haben – die durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch (Sprechstunde) reduzierte sich auf ca. vier Wochen – sie aber demgegenüber (noch) länger als bisher auf einen Therapieplatz warten müssen: Die mittlere Wartezeit liegt nun bei ca. 22 Wochen. Laut der BPtK-Studie können KV-zugelassene PsychotherapeutInnen u.a. wegen des Vorhaltens neuer Leistungen seit Inkrafttreten der Richtlinie weniger Plätze für Richtlinien-Psychotherapie anbieten (BPtK, 2018).

Zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich Wartezeiten kommt das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats (SVR) Gesundheit, der eine eigene Befragung durchgeführt hat. Hier wurde im Bundesdurchschnitt eine Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz von vier Monaten (17 Wochen) ermittelt. Der SVR weist u.a. im Zusammenhang mit einem deutlich gestiegenen Verbrauch von Antidepressiva darauf hin, dass diese nach aktuellen Leitlinien nur substitutiv für eine „eigentlich indizierte Psychotherapie“ zum Einsatz kommen sollten. Als Gründe hierfür diskutiert der SVR, dass dies „aufgrund von mangelndem Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen geschehen“ könnte und „Anlass sein (sollte), den Zugang zu entsprechenden Angeboten zu verbessern“ (SVR, 2018, S. 705).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde angesichts dieser Ausgangslage bereits 2015 vom Gesetzgeber verpflichtet, die Bedarfsplanung bis Anfang 2017 zu aktualisieren. Dies ist bislang noch nicht geschehen. Der G-BA hat ein Gutachten in Auftrag gegeben, das im Herbst 2018 vorliegen soll. Trotz der allgemein verfügbaren Befunde wurde so die Entwicklung und Umsetzung einer angemessenen Bedarfsplanung über einen langen Zeitraum verschoben. Nach dem aktuellen Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum Terminservice- und

¹ <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=2018>

Versorgungsgesetz (TSVG), vom Juli 2018 soll der G-BA die Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Gutachtens nun mit neuer Fristsetzung bis zum 30. Juni 2019 vornehmen.

Unter gesundheitsökonomischer Perspektive ist darauf hinzuweisen, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Krankengeld (ca. 2,9 Milliarden Euro) bei psychischen Erkrankungen bereits höher als ihre Ausgaben für ambulante Psychotherapie (ca. 2 Milliarden Euro; BPtK, 2018) sind. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis wird für die ambulante Psychotherapie auf 1:3 bis 1:4 geschätzt, d.h. der volkswirtschaftliche Nutzen eines investierten Euros bzw. der Return on Investment (ROI) liegt bei 3-4 € „Ertrag“ (Wittmann, Lutz, Steffanowski et al., 2011, Wunsch, Kröger, Grocholewski & Kröger, 2014). Zudem liegen die Kosten für eine stationäre Behandlung, die mangels ambulanter Therapieplätze oft die einzig verbleibende Alternative darstellt, deutlich höher; z.B. könnte bereits für eine 10-tägige stationäre Behandlung (bei einem Tagessatz von 250€) eine ambulante Kurzzeittherapie von ca. 30 Stunden realisiert werden. Hier stellt sich auch die Frage der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

Der hohe Bedarf an ambulanter Psychotherapie und die unzureichende Bedarfsplanung bzw. der Mangel an Behandlungsplätzen bei GKV-zugelassenen Vertragspsychotherapeuten führen dazu, dass psychisch kranke Menschen auf den „Sonderweg“ der Kostenerstattung von Psychotherapie angewiesen sind. Nach § 13 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung einer privat beschafften Behandlung, wenn die Behandlung notwendig und unaufschiebbar ist und ihre Krankenkasse die Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann („Systemversagen“; vgl. Sude 2015). Dabei ist eine unaufschiebbare Behandlung nicht gleichzusetzen mit einer Notfallbehandlung (vgl. BSG-Urteil vom 25.9.2000 – B1 KR 5/99 R), d.h. eine Behandlung ist dann notwendig, wenn bereits eine dringliche Indikation besteht. Was unter „nicht rechtzeitig“ zu verstehen ist, ist in dem entsprechenden Paragraphen nicht geregelt, als zumutbar werden allerdings in der Regel Wartezeiten von bis zu 6 Wochen angesehen (BSG Az. 6 RKa 15/97). Gesetzlich geregelt ist allerdings, wie schnell die Krankenkassen nach einem Antrag eines Patienten und/oder Psychotherapeuten auf Kostenerstattung reagieren müssen: ohne Begutachtung innerhalb von 3 Wochen und mit Begutachtung innerhalb von 5 Wochen. Davor liegt die „Beweislast“ bei den Versicherten, die eine Psychotherapie benötigen: sie müssen mindestens bei drei bis fünf, besser mehr (BPtK, 2013) kassenzugelassenen Psychotherapeuten anfragen, ob diese einen Therapieplatz frei haben und wenn nein, die Wartezeit erfragen und dies ihrer Kasse gegenüber dokumentieren. Manche Kassen verlangen 10 oder mehr dieser Nachweise. Für psychisch kranke Menschen, insbesondere in Krisensituationen, stellt diese Prozedur der Antragstellung eine große Herausforderung dar. Die Therapiekosten müssen zunächst die Versicherten verauslagern, erst im Nachhinein werden die Ausgaben von den Krankenkassen erstattet, sofern die Begutachtung positiv verläuft. (Nübling et al., 2015).

Seit etwa 2014 mehren sich Berichte, dass Krankenkassen versuchen, die Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung zu erschweren. Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) titelte auf der Grundlage einer Analyse anonymisierter Berichte zur Begutachtung von Anträgen auf Kostenerstattung mit „Kassen verweigern Psychotherapie“ (DPtV, 2015). Auch die

Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) hatte auf Probleme in der Kostenerstattung hingewiesen und dabei das Bundesversicherungsamt (BVA) einbezogen hat. Dieses hatte eine Prüfung der Krankenkassen in Aussicht gestellt (Vogel et al. 2015). Auch die BPtK hatte „bürokratische Tricks“ der Kassen bei der Kostenerstattung beklagt (BPtK, 2015b).

Angesichts der langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung sind inzwischen a versorgen viele PsychotherapeutInnen in privaten Praxen gesetzlich Versicherte in außervertragliche Psychotherapien, die von den Kassen im Rahmen der Kostenerstattung finanziert werden. Für therapiesuchende psychisch kranke Menschen ist die Behandlung in einer privaten Praxis oft die einzige Chance, eine ambulante Psychotherapie zu erhalten.

An empirischen Studien zur Kostenerstattung von Psychotherapie sind neben drei kleineren regionalen Befragungen (PTK Bremen, 2015, Thomsen, 2013, 2015) vor allem die 2014 in Berlin und Baden-Württemberg durchgeführte Studie von Nübling et al. (2015) sowie die Ende 2017 erhobene bundesweite Onlinebefragung von DPtV-Mitgliedern (Rabe-Menssen & Sude, 2018) zu nennen. Nübling et al. (2015) befragten n=298 PsychotherapeutInnen in privaten Praxen mit dem Ergebnis, dass deren Situation geprägt war von Unsicherheit hinsichtlich der künftigen Entwicklungen bzgl. Kostenerstattung von Psychotherapie und sie häufig sowohl gegenüber Krankenkassen als auch gegenüber PatientInnen „nachweisen“ müssten, dass sie die gleiche Qualifikation aufwiesen, wie VertragspsychotherapeutInnen. Die Studie von Rabe-Menssen & Sude (2018) kam u.a. zum Ergebnis, dass die Kostenerstattung nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapierichtlinie am 1.4.2017 von den Krankenkassen deutlich reduziert wurde, d.h. weniger Anträge sowie auch weniger Behandlungsstunden pro Antrag bewilligt wurden und viele Kassen die Kostenerstattung „grundsätzlich“ verweigern. Die Einschränkungen dieser beiden Studien liegen in der Regionalität (zwei „Regionen“) bzw. in der Bezogenheit auf einen Verband.

In der vorgelegten bundesweiten und verbandsübergreifenden Studie soll die aktuelle Situation der außervertraglichen Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung selbst beschaffter indizierter Behandlung/Leistungen von GKV-Versicherten untersucht werden. Hierzu haben zehn Landespsychotherapeutenkammern gemeinsam im Zeitraum zwischen dem 15.02. und 31.03.2018 eine Onlinebefragung durchgeführt. Teilgenommen haben bundesweit insgesamt ca. 2.500 PsychotherapeutInnen, in deren ambulanten Privatpraxen Psychotherapien im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V finanziert werden. Insgesamt arbeiten im gesamten Bundesgebiet geschätzt ca. 5.800 PsychotherapeutInnen in Privatpraxen².

² Zum 31.12.2016 gab es in Deutschland knapp 29.700 Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), die in einer psychotherapeutische Praxis gearbeitet haben (s. www.gbe-bund.de, Suchwort "Psychotherapeuten"). Zur gleichen Zeit nahmen nach Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 23.800 PP und KJP an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Damit kann für den genannten Stichtag davon ausgegangen werden, dass etwa 5.800 PP und KJP in Privatpraxen tätig waren.

4 Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Studie ist es, Daten zur aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Wege der Kostenerstattung zur Verfügung zu stellen. Erhoben wurden Erfahrungen mit der Kostenerstattung im Rahmen der außervertraglichen Psychotherapie nach § 13,3 SGB V auf der Basis der Angaben von PsychotherapeutInnen. Kernfragestellungen sind (in Klammer die jeweiligen Kapitel dieses Berichts):

- Durch welche Merkmale zeichnen sich PsychotherapeutInnen in Privatpraxen aus, die außervertragliche Psychotherapien für GKV-Versicherte anbieten? Welche Therapieverfahren werden angewandt? (Kap. 6 und 7.1)
- Wie hoch ist die Arbeitszeit der in Privatpraxen tätigen PsychotherapeutInnen? Wie hoch ist die aktuelle jährliche Behandlungskapazität, die von Privatpraxen zur Verfügung gestellt wird? (Kap. 7.2)
- Auf welcher Finanzierungsgrundlage werden Behandlungen in privaten Praxen durchgeführt? (Kap. 7.3)
- Wie viele Anträge auf Kostenerstattung für außervertragliche psychotherapeutische Behandlungen werden jährlich gestellt und wie viele werden davon bewilligt bzw. abgelehnt? Wie hat sich die Situation 2017 im Vergleich zu 2016 verändert? (Kap. 7.4)
- Mit welcher Begründung werden Anträge auf Kostenerstattung von Krankenkassen in der Regel abgelehnt? Welche Behandlungsalternativen werden von Krankenkassen vorgeschlagen? Wie wird die Unterstützung durch die Krankenkassen beurteilt? Welche Veränderungen gab es 2017 gegenüber 2016? (Kap. 7.5, bis 7.7) Welche Vorgaben werden den Versicherten von den Krankenkassen bzgl. Therapiesuche gemacht? (Kap. 7.8)
- Wie hoch sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein Erstgespräch/Therapieplatz in Privatpraxen? In welchem Umfang können Behandlungskapazitäten zur Verfügung gestellt werden? (Kap. 7.9)
- Wie hoch ist der Anteil der PsychotherapeutInnen in Privatpraxen, die sich auf einen Vertragspsychotherapeutensitz bewerben? Wie lange haben PsychotherapeutInnen im Durchschnitt bislang auf einen Vertragspsychotherapeutensitz gewartet? (Kap. 7.10)
- Über welche Zugangswege kommen GKV-Versicherte in die Privatpraxis? (Kap. 7.11)
- Wie hoch ist die Zufriedenheit der in Privatpraxis arbeitenden PsychotherapeutInnen mit ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit? (Kap. 7.12)
- Wie wird die aktuelle Situation der Kostenerstattung für außervertragliche Psychotherapien von den Befragten bewertet? (Kap. 7.13)
- Wie werden die Veränderungen nach Einführung der neuen Psychotherapierichtlinie insgesamt eingeschätzt? (Kap. 7.14)

5 Methodik

5.1 Fragebogen

Aufbauend auf einer 2014 durchgeführten Studie zur Situation der Kostenerstattung von Psychotherapie (Nübling et al., 2015) wurde von den Autoren in Zusammenarbeit mit einer Projektgruppe mit Mitgliedern aus den beteiligten Landeskammern über mehrere Entwicklungsschleifen und -versionen ein Fragebogen erstellt, der als Online-Version über www.limesurvey.com erhoben wurde. Der Fragebogen umfasste 13 Itemblöcke mit insgesamt ca. 60 Einzelitems. Neben allgemeinen Fragen zur Soziodemographie wurden u.a. Daten zu den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und zur Art der Niederlassung/Praxis, zum angewandten Psychotherapieverfahren, zur Anzahl der Anträge auf Kostenerstattung für außervertragliche Psychotherapien und zur Bewilligungsrate, zur Finanzierung der Behandlungen, zu den Arbeitszeiten als in Privatpraxis tätige/r PsychotherapeutIn, zu Wartezeiten bzw. möglichen zusätzlichen Behandlungskapazitäten, zur Bewerbung auf einen Kassensitz, zur allgemeinen beruflichen Zufriedenheit sowie zur Zufriedenheit mit der Situation seit Einführung der neuen Psychotherapierichtlinie erhoben. Für mehrere Aspekte sollten dabei zum Vergleich Daten der Jahre 2016 vs. 2017 angegeben werden, darüber hinaus wurden direkte Veränderungseinstufungen erhoben. Den Veränderungseinschätzungen liegen dabei die Methodik der quasi-indirekten (mit retrospektiver Prä-Messung) sowie der direkten Veränderungsmessung zu Grunde (Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg & Wittmann, 2003; Nübling, Steffanowski, Wittmann & Schmidt, 2004). Eine Inhaltsübersicht gibt Tab. 1 (vgl. Fragebogen im Anhang 2).

Tab. 1: Befragungsinhalte

Bereich	Einzelvariablen
Soziodemographie	Alter, Geschlecht
Approbation	Approbation als PP, als KJP
Landeskammer/Praxisort	LPK, Postleitzahl
Art der Praxis	Eigene Praxis, Praxisgemeinschaft
Art des angewandten Therapieverfahrens	Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie; weitere Verfahren
Arbeitszeit	Arbeitszeit pro Jahr (in Wochen); Arbeitszeit pro Woche (in Stunden), Behandlungsstunden, organisatorische und andere Arbeiten, aktuelle Behandlungskapazität
Anträge auf Kostenerstattung	Anzahl, Ablehnungsrate, Bearbeitungszeit (Vergleich 2016 vs. 2017)
Ablehnungsgründe	von Krankenkassen häufig angegebene Gründe für eine Ablehnung eines Antrages auf Kostenerstattung (Vergleich 2016 vs. 2017)
Finanzierung	Kostenerstattung, private KV/Beihilfe, Selbstzahler, Berufsgenossenschaft BG;
Wartezeiten/Kapazität	Führen einer Warteliste, Wartezeit auf Erstgespräch, auf Therapieplatz; Kapazität für weitere Patientinnen und Patienten
Kassensitz	Bewerbung auf einen Kassensitz, bisherige Wartezeit
Zugangswege	Zugangswege der PatientInnen
Zufriedenheit	Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Tätigkeit insgesamt
Status- und Veränderungseinschätzungen	Bewertung der aktuellen Situation der Kostenerstattung, Einschätzung der Veränderungen 2017 im Vergleich zu 2016

5.2 Durchführung

Die Datenerhebung fand zwischen dem 15.2. und dem 31.3.2018 statt. Für die Befragung wurden mit Starttermin die Mitglieder der beteiligten Psychotherapeutenkammern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein) per Mail angeschrieben mit der Bitte um ihre Teilnahme für den Fall, dass sie außervertragliche Psychotherapien als ambulante psychotherapeutische Leistungen nach § 13 Abs. 3 SGB V erbringen. Da in den Mitgliederdatenbanken der meisten Kammern das Merkmal „außervertragliche Psychotherapie von GKV-Versicherten nach § 13 Abs. 3 SGB V“ nicht vermerkt ist, mussten die Mail-Adressen per Ausschluss ermittelt werden. Es wurden i.d.R. alle aktiven Mitglieder angeschrieben, die zum Zeitpunkt der Befragung keine KV-Zulassung hatten und von denen eine Mail-Adresse hinterlegt war. Nicht ausgeschlossen wurden Mitglieder, die in einem Angestelltenverhältnis (z.B. Beratungsstelle, Rehaklinik) arbeiten, da diese teilweise ergänzend zur Angestelltentätigkeit eine private Praxis betreiben, in der auch GKV-Versicherte über die Kostenerstattung behandelt werden. Die Mitglieder erhielten ein Infoschreiben, in dem der Link zur Befragung enthalten war. Im Schreiben wurden die Rahmenbedingungen sowie wesentlichen Fragestellungen der Studie beschrieben (vgl. Anhang 2). Mitglieder, die keine außervertraglichen Behandlungen über die Kostenerstattung durchführen oder sich nicht an der ambulanten Versorgung beteiligen, wurden gebeten, den Fragebogen zu ignorieren. Jede der beteiligten Psychotherapeutenkammern hat nach diesen Vorgaben ihre Mitglieder angeschrieben, insgesamt waren dies ca. $n = 15.000$ PsychotherapeutInnen. Darüber hinaus konnte auf zwei Mailing-Verteilerlisten zurückgegriffen werden, in denen sich PsychotherapeutInnen in Privatpraxen, die auch über die Kostenerstattung abrechnen, bundesweit vernetzen. Geschätzt wird, dass bundesweit ca. 5.800 PsychotherapeutInnen in Privatpraxen arbeiten.

5.3 Datenauswertung

Die Datenanalyse umfasst vorwiegend deskriptive Statistiken. Verwendet wurde die Statistikprogrammsoftware SPSS.

6 Stichprobe

Der Link zum Fragebogen wurde auf limesurvey insgesamt 5412 mal angeklickt, davon haben 1292 Besucher der Seite den Fragebogen bis zum Ende bearbeitet. Weitere 1125 haben den Bogen mindestens teilweise ausgefüllt, die Restlichen haben sich die Fragen entweder einfach nur angesehen (und nichts ausgefüllt, $n = 2658$) oder Angaben nur für die ersten beiden Seiten gemacht ($n = 337$).

Um eine möglichst große Schnittmenge der angegebenen Daten ausschöpfen zu können, wurden als Basis für den vorliegenden Bericht alle Mitglieder einbezogen, die den Onlinefragebogen mindestens teilweise ausgefüllt hatten, dies entspricht einer Gesamtstichprobe von 2417 Psycho-

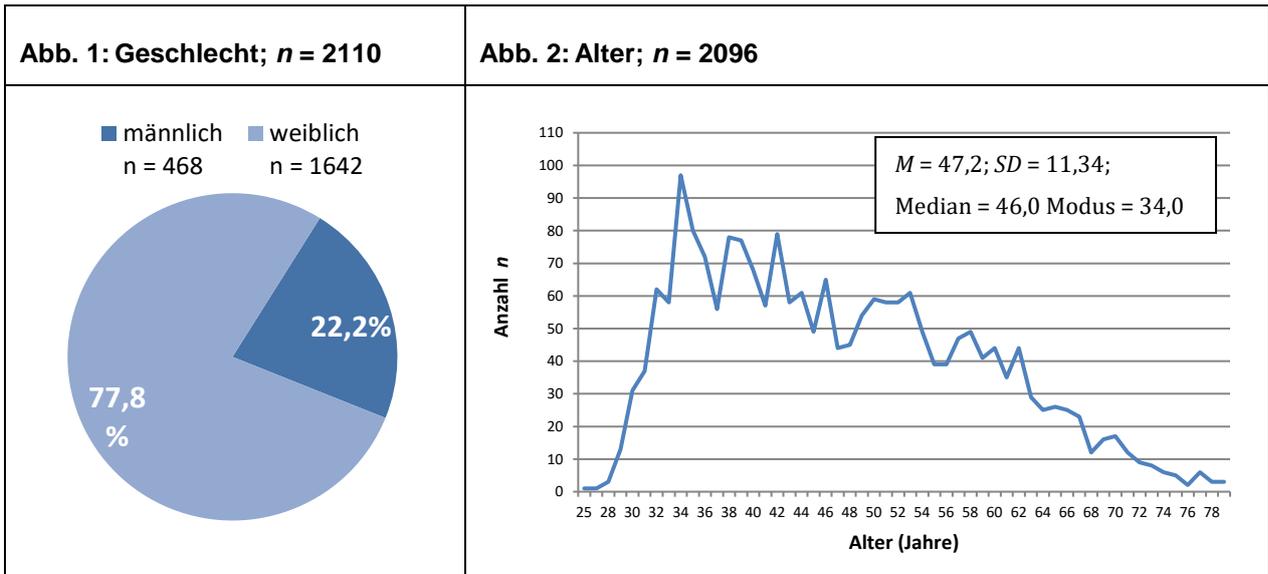
therapeutInnen. Dies bedeutet, dass für die folgenden Darstellungen der Ergebnisse immer wieder nur eine mehr oder weniger große Teilstichprobe dieser Gesamtstichprobe zur Verfügung steht, weshalb die zur Verfügung stehende Stichprobengröße jeweils separat angegeben ist.

Hinsichtlich der Verteilung nach Landeskammern ergibt sich folgendes Bild: Der größte Anteil kam aus Berlin (23,2%, $n = 561$) und NRW (18,5%, $n = 446$). Es folgen Bayern (10,1%, $n = 242$), Baden-Württemberg (9,3%, $n = 225$) und Niedersachsen (8,3%, $n = 201$). Jeweils etwa 7% der teilnehmenden PsychotherapeutInnen waren Mitglied der Kammern Hamburg (6,7%, $n = 163$) und Hessen (6,8%, $n = 165$), die anderen Kammern lagen bei 3% (OPK, $n = 73$) oder weniger (Schleswig-Holstein 2,5%, $n = 60$; Bremen 2,1%, $n = 50$; Saarland 1,5%, $n = 37$ und Rheinland-Pfalz 0,8%, $n = 20$). Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die OPK und die LPK Rheinland-Pfalz offiziell nicht an der Befragung beteiligt, d.h. ihre Mitglieder deswegen nicht separat angeschrieben hatten. Dennoch haben aus diesen beiden Kammern insgesamt etwa 100 Mitglieder an der Befragung teilgenommen. 174 (7,2%) Befragte konnten keiner Landeskammer zugeordnet werden, da sie hierzu keine Angaben machten (vgl. Tab. 2).

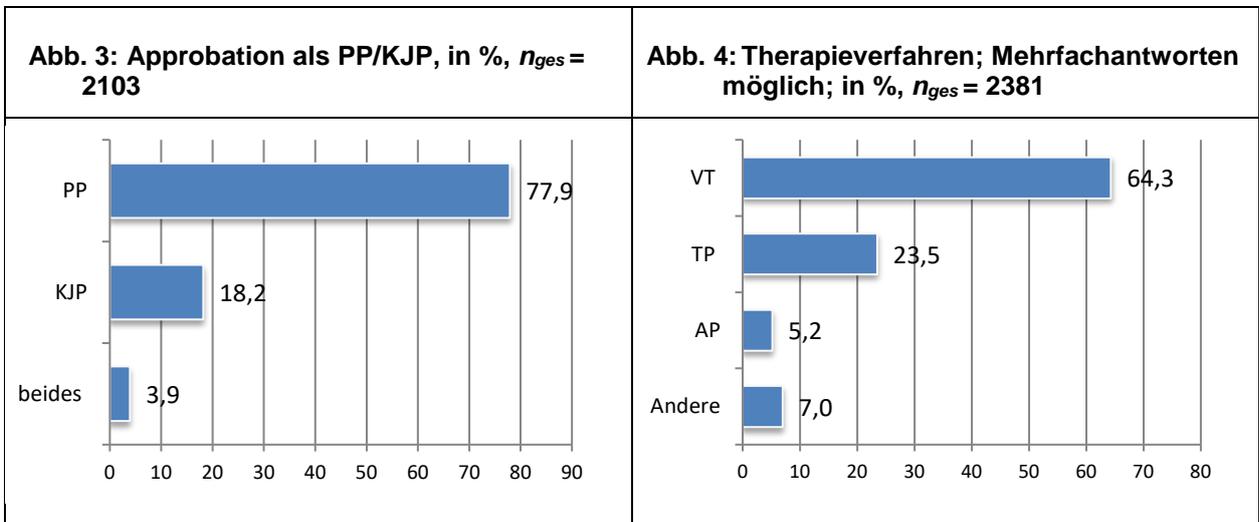
Tab. 2: Beteiligte PsychotherapeutInnen je Landeskammer

Landeskammer	<i>n</i>	%
Baden-Württemberg	225	9,3
Bayern	242	10,1
Berlin	561	23,2
Bremen	50	2,1
Hamburg	163	6,7
Hessen	165	6,8
Niedersachsen	201	8,3
Nordrhein-Westfalen	446	18,5
Ostdeutsche PK	73	3,0
Rheinland-Pfalz	20	0,8
Saarland	37	1,5
Schleswig-Holstein	60	2,5
keine Angabe	174	7,2
Gesamt	2417	100,0

Abb. 1 zeigt die Geschlechterverteilung: Die überwiegende Mehrheit der Kammermitglieder, die in Privatpraxen auch außervertragliche Psychotherapien anbietet, ist weiblich (80%), dies entspricht in etwa den Verteilungen der TeilnehmerInnen (Schmidt, 2008) bzw. der AbsolventInnen (Glaesmer, Sonntag, Barnow et al., 2009, Siegel, 2013) einer Psychotherapieausbildung. Der Altersdurchschnitt liegt bei ca. 47 Jahren, der Median bei 46 und der Modalwert bei 34 Jahren. Es handelt sich um eine deutlich linksschiefe Verteilung (vgl. Abb. 2). Die vorliegende Stichprobe ist deutlich jünger und weiblicher als der Durchschnitt der VertragspsychotherapeutInnen (Alter: $M = 53,6$ Jahre, Anteil Frauen: 73,3%; BPTK, 2018)



Hinsichtlich der Art der Approbation handelt es sich bei 78% der Befragten um Psychologische PsychotherapeutInnen sowie bei etwa 18% um Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Etwa 4 % sind doppelt approbiert (vgl. Abb. 3). Hinsichtlich der Psychotherapieverfahren besteht ein sehr deutliches Übergewicht für die Verhaltenstherapie (64%), weitere ca. 24% der TeilnehmerInnen gaben Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an, nur etwa 5% Psychoanalytische Psychotherapie und 7% andere Verfahren (Doppelantworten möglich; vgl. Abb. 4).

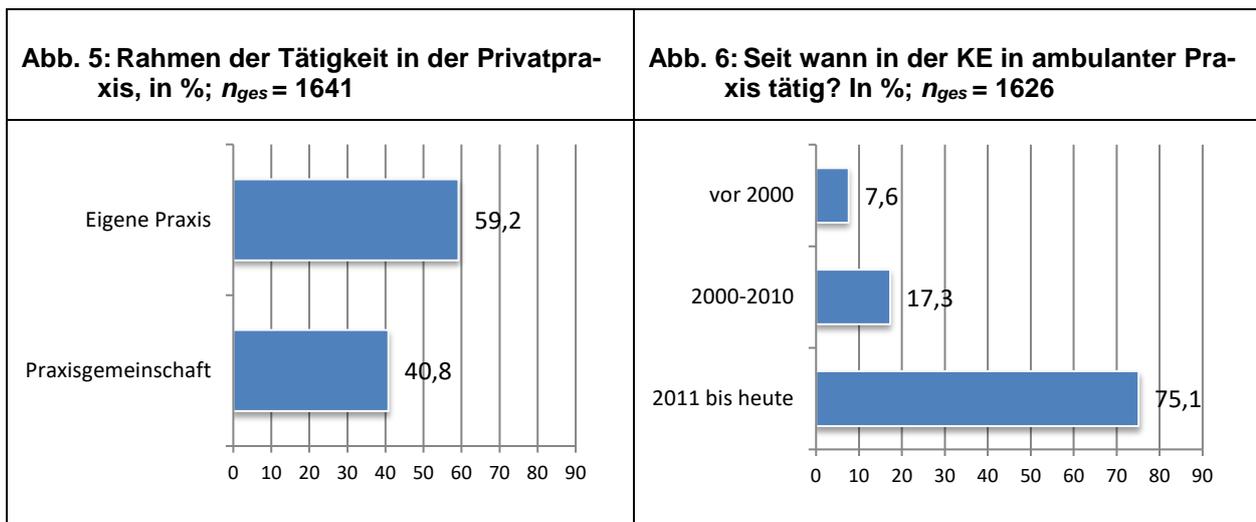


Legende: VT = Verhaltenstherapie, TP = tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, AP = analytische Psychotherapie,

7 Ergebnisse

7.1 Praxisrahmen

Bezüglich des Rahmens der Privatpraxis gaben ca. 60% der Befragten an, in einer Einzelpraxis zu arbeiten, 41% arbeiten zusammen mit anderen KollegInnen in einer Praxisgemeinschaft (Abb. 5). Der überwiegende Anteil der PsychotherapeutInnen in Privatpraxen ist erst seit 2011 in ambulanter Praxis tätig (75%). 17% der Befragten bietet bereits seit dem Jahr 2000 außervertragliche Behandlungen für GKV-Versicherte über die Kostenerstattung an, ein kleiner Anteil (8%) schon seit vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 (Abb. 6).

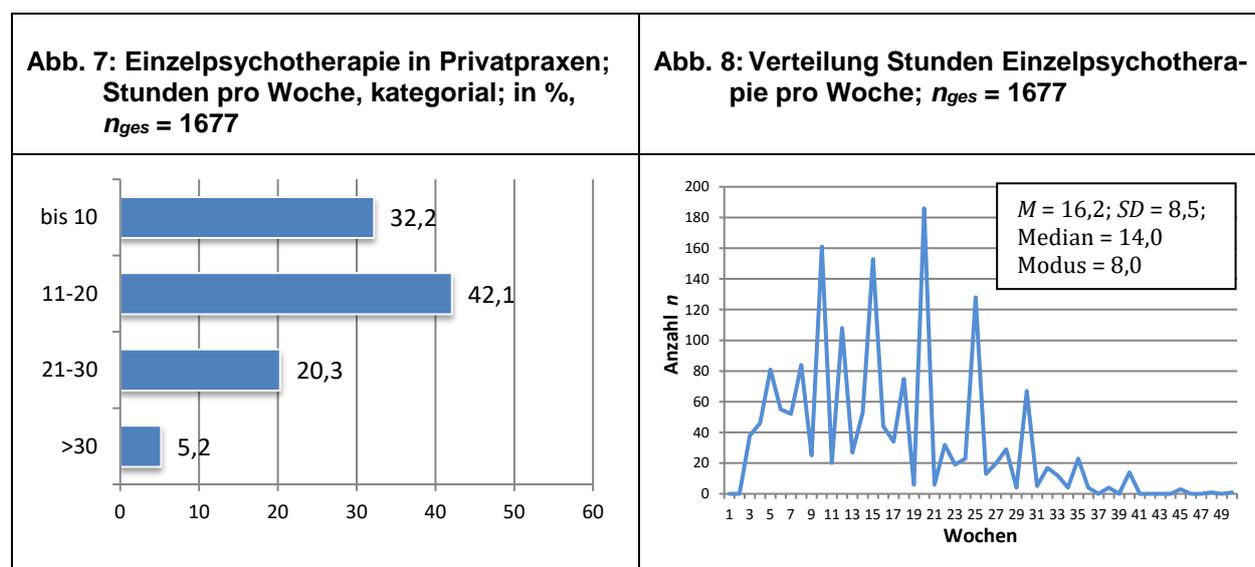


7.2 Arbeitszeiten und Rahmen der Tätigkeit

Erfasst wurden zum einen die wöchentlichen Stunden der in Privatpraxen erbrachten Einzeltherapien sowie zum anderen zusätzliche Zeiten, zum Beispiel für organisatorische Tätigkeiten. Wie Abb. 7 und Abb. 8 zeigen, liegt die durchschnittliche Arbeitszeit für Psychotherapiesitzungen pro Woche bei etwa 16 Stunden, wobei etwa 32% der Befragten bis zu 10 Sitzungen und weitere ca. 40% zwischen 11 und 20 Sitzungen Einzeltherapie in der Woche durchführen. In den Durchschnittswerten sind somit vermutlich auch Privatpraxen enthalten, die nur an ein bis zwei Tagen der Woche geöffnet sind und deren InhaberInnen einer weiteren Tätigkeit nachgehen, wie einer Angestelltentätigkeit z.B. in einer Beratungsstelle oder Rehabilitationsklinik. In der erwähnten Vorgängerstudie (Nübling et al., 2015) konnte gezeigt werden, dass ein größerer Teil der PsychotherapeutInnen in Privatpraxen eine „Patchwork“-Zusammensetzung ihrer Tätigkeiten aufweisen.

In Tab. 3 werden Jahres- und Wochenarbeitszeit sowie die jährliche Behandlungskapazität sowie die Gesamtstundenbelastung berechnet und mit Ergebnissen aus einer früheren Studie (Nübling et al., 2014b) verglichen. In der aktuellen Erhebung ergab sich eine mittlere Jahresarbeitszeit von knapp 42 Wochen und eine Wochenarbeitszeit von insgesamt 24 Stunden pro Woche. Die

jährliche Behandlungskapazität liegt bei ca. 700 Behandlungsstunden, die jährliche Gesamtstundenbelastung in Privatpraxen bei knapp 1000 Stunden. Im Vergleich zu der Erhebung von Nübling et al. (2014b) ergaben sich für die Teilstichprobe der Privatpraxen ähnliche Jahresarbeitszeiten, allerdings etwas geringere wöchentliche Behandlungsstunden und damit auch eine niedrigere Behandlungskapazität. Die jährliche Kapazität an Behandlungsstunden in einer durchschnittlichen Praxis mit einem ganzen KV-Sitz liegt demgegenüber bei ca. 1250 Stunden, die jährliche Gesamtstundenbelastung bei 1700 Stunden (Nübling et al., 2014a).



Tab. 3: Arbeitszeiten von PsychotherapeutInnen in Privatpraxis bezogen auf die letzten 12 Monate; Vergleich aktuelle Befragung (KE 2018) mit der Kostenerstattungsstudie 2014 (Nübling et al., 2015) sowie der Teilstichprobe Privatpraxen aus der Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (AV) 2014 (Nübling et al. 2014b)

	KE-Studie 2018 $n = 1.727$	KE-Studie 2014 $n = 295$	AV-Studie 2014 $n = 426$
jeweils <i>M/sd</i>			
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	41,9/7,2	41,6/7,9	41,4/7,4
Wochenarbeitszeit (in Stunden), davon	24,3/13,7	23,3/12,3	26,0/15,5
Behandlungsstunden	16,3/8,5	15,4/9,4	18,9/13,6
davon Kostenerstattung	8,0/6,8	n.e.	n.e.
Zusätzliche Tätigkeiten (z.B. Supervision, telefonische Beratung, Lehre, Fortbildung, QS/QM, Anträge, Bürotätigkeiten)	8,0/6,9	8,6/6,5	5,6/3,8
Jährliche Behandlungskapazität (Stunden) ¹	683,0	620,6	882,2
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ²	1018,2	970,8	1131,5

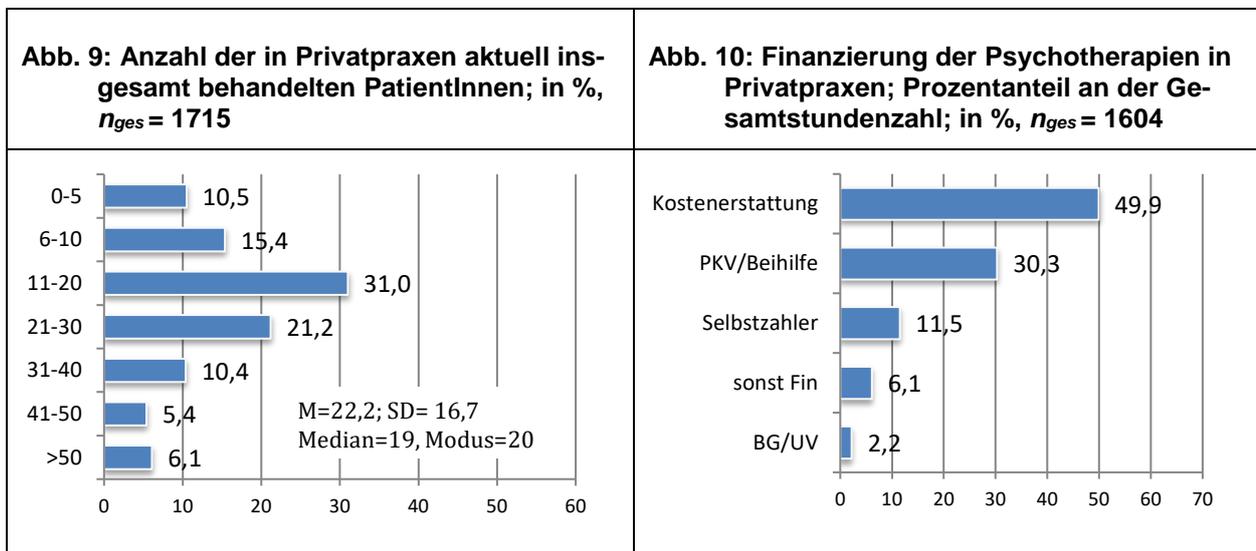
Legende: ¹entspricht (Behandlungsstunden + Probatorische Sitzungen) x Jahresarbeitszeit; ²entspricht Wochenstunden x Jahresarbeitszeit; geringfügige Abweichungen durch Missing-Data-Korrekturen; n.e. = nicht erhoben

Geht man von einem Anteil der im Rahmen der Kostenerstattung erbrachten jährlichen Behandlungsstunden der privaten Praxen von ca. 50% aus (8 von 16 Stunden; vgl. Tab. 3), dann ergeben sich jährlich ca. 350 Stunden je PsychotherapeutIn für außervertragliche Behandlungen. Bei ca.

5800 PsychotherapeutInnen in Privatpraxen ergäben sich ca. 2 Mio. Behandlungsstunden jährlich, dies entspricht bei einer angenommenen Vergütung von 90€ / Behandlungsstunde einem Kostenvolumen von ca. 180 Mio. € pro Jahr oder ca. 10% des derzeitigen Gesamtvolumens für ambulante Psychotherapie von ca. 2 Mrd. €.

7.3 Finanzierung der Psychotherapien

Zur Abschätzung der Anzahl bzw. des Anteils von Psychotherapien, die in Privatpraxen als außervertragliche Psychotherapien über Kostenerstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, wurde zunächst die aktuelle Anzahl behandelte PatientInnen erfragt. In einem zweiten Schritt sollte angegeben werden, wie viele Psychotherapien nach welcher Art finanziert werden. Insgesamt werden aktuell im Durchschnitt 22 PatientInnen behandelt, ca. 25% der Privatpraxen versorgen dabei bis zu zehn PatientInnen, etwa 10% über 40 PatientInnen (Abb. 9).



Die durchschnittliche Anzahl an PatientInnen (22) ist dabei höher als die wöchentliche Stundenzahl (16; vgl. Tab. 3), d.h. ein kleinerer Anteil der Psychotherapien wird nicht in einem wöchentlichen Rhythmus erbracht. Betrachtet man die Anteile der jeweiligen Finanzierungsvarianten, so zeigt sich, dass ca. 50% der Behandlungen in den Privatpraxen als außervertragliche Psychotherapien über die Kostenerstattung von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, weitere 30% über Privatversicherungen und immerhin 12% durch die PatientInnen selbst (Selbstzahler). Kaum eine Rolle spielt die Finanzierung über die Berufsgenossenschaft oder Unfallversicherung, darüber hinaus existiert ein Anteil von 6% an nicht näher bezeichneten sonstigen Finanzierungen (Abb. 10). Im Vergleich zu der o.g. Studie von Nübling et al. (2015) hat sich der Anteil der außervertraglichen Psychotherapien von GKV-Versicherten im Wege der Kostenerstattung verringert (von 60% auf 50%) und die Anteile von Privatversicherten (von 18% auf 30%) sowie Selbstzahlern (von 8% auf 11,5%) erhöht. Dort wurde zusätzlich erhoben, in welchen Arbeitsbereichen InhaberInnen von Privatpraxen außerhalb ihrer Praxistätigkeit tätig sind.

Nur etwa 40% gaben dabei an, ausschließlich in ihrer Praxis zu arbeiten, alle anderen hatten noch weitere Tätigkeitsfelder (waren z.B. angestellt in einer Beratungsstelle oder Klinik).

7.4 Anträge auf Kostenerstattung: Anzahl, Ablehnungsrate und Bearbeitungszeit

In Tab. 4 sind PatientInnenanfragen, Anträge auf Kostenerstattung von außervertraglichen Behandlungen, Bewilligungen und Bearbeitungszeiten jeweils für 2016 und 2017 vergleichend gegenübergestellt. Da hier nur die Fälle herangezogen wurden, für die paarweise Vergleiche möglich waren, sind die Stichprobengrößen entsprechend kleiner.

Tab. 4: PatientInnenanfragen, Anträge auf Kostenerstattung (KE), Bewilligungen, Bearbeitungszeiten, jeweils bezogen auf das gesamte Jahr 2016 oder 2017

Item	2016			2017		Veränderung in %	p
	N	M	sd	M	sd		
Anzahl Anfragen von PatientInnen insgesamt	1226	53.2	84.1	53.7	84.4	0.9	ns
Anzahl VertragspsychotherapeutInnen ohne zeitnahen Behandlungsplatz, die bei KE-Antrag nachgewiesen werden muss	1088	6.0	4.0	8.3	6.0	38.3	***
Anzahl Anträge auf Kostenerstattung insgesamt	1170	14.2	17.1	11.5	17.3	-19.1	***
...davon bewilligt	1144	11.5	17.3	5.7	11.7	-50.4	***
Wieviel Stunden beantragt (Ø)	1135	40.7	23.1	38.8	23.0	-4.7	**
Wieviel Stunden bewilligt (Ø)	1125	37.3	26.1	28.4	24.3	-23.9	***
Wieviel Stunden Probatorik bewilligt (Ø)	1111	4.5	1.5	3.4	2.0	-24.4	***
Anzahl PatientInnen, die Widerspruch einlegten	1128	2.1	5.7	3.8	8.0	81.0	***
Anzahl Anträge, die nach Widerspruch bewilligt wurden	1032	1.6	3.7	1.5	4.1	-6.3	ns
% der Fälle, in denen ausführlicher Bericht vom MDK verlangt wurde	1038	57.2	44.7	55.0	46.9	-4.4	*
Durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Kasse je Antrag in Wochen	1035	6.6	4.1	8.4	6.4	28.8	***
Durchschnittlicher therapeutenseitiger Aufwand je Antrag in Minuten	1025	146.2	154.6	167.9	178.9	15.1	***

Legende: M = Mittelwert, sd = Streuung, p = Wahrscheinlichkeit t-Test *** p<.001, ** p<.01, * p<.05, ns = nicht signifikant

Zunächst zeigt sich, dass die Anzahl der Anfragen bzgl. eines Therapieplatzes seitens der PatientInnen insgesamt nahezu gleichgeblieben ist. Für beide Jahre wurden im Durchschnitt jährlich über 50 Anfragen pro Privatpraxis dokumentiert. Des Weiteren wurde erfragt, wie viele Konsultationen bei VertragspsychotherapeutInnen von den Kassen nach Aussagen der PatientInnen im Durchschnitt erwartet werden, bevor auch eine Privatpraxis angefragt werden kann. Will ein/e GKV-Versicherte/r einen Antrag auf Kostenerstattung einer außervertraglichen Psychotherapie einreichen, so muss er/sie je nach Krankenkasse 5-15 VertragspsychotherapeutInnen nennen

können, die er angefragt hat und die ihm keine zeitnahe Behandlung anbieten können. Im Durchschnitt wurden für 2017 mehr als acht Anfragen bei VertragspsychotherapeutInnen genannt, dies bedeutet eine Erhöhung um ca. 40% gegenüber 2016 (durchschnittlich 6 Anfragen).

Hinsichtlich der Antragstellungen auf Kostenerstattung von außervertraglicher Psychotherapie ergab sich folgendes Bild: Die durchschnittliche Anzahl an Anträgen verringerte sich 2017 um 20% von 14,2 auf 11,5. Demgegenüber brachen die Bewilligungen regelrecht ein: Sie verringerten sich um 50% von durchschnittlich 11,5 auf 5,7. Das bedeutet, dass innerhalb der Stichprobe 2016 noch ca. 80% aller beantragten außervertraglichen Psychotherapien auch bewilligt wurden, während es 2017 nur noch knapp 50% waren. 2017 wurden insgesamt etwas weniger Anträge gestellt, davon wurde nur jeder zweite bewilligt.

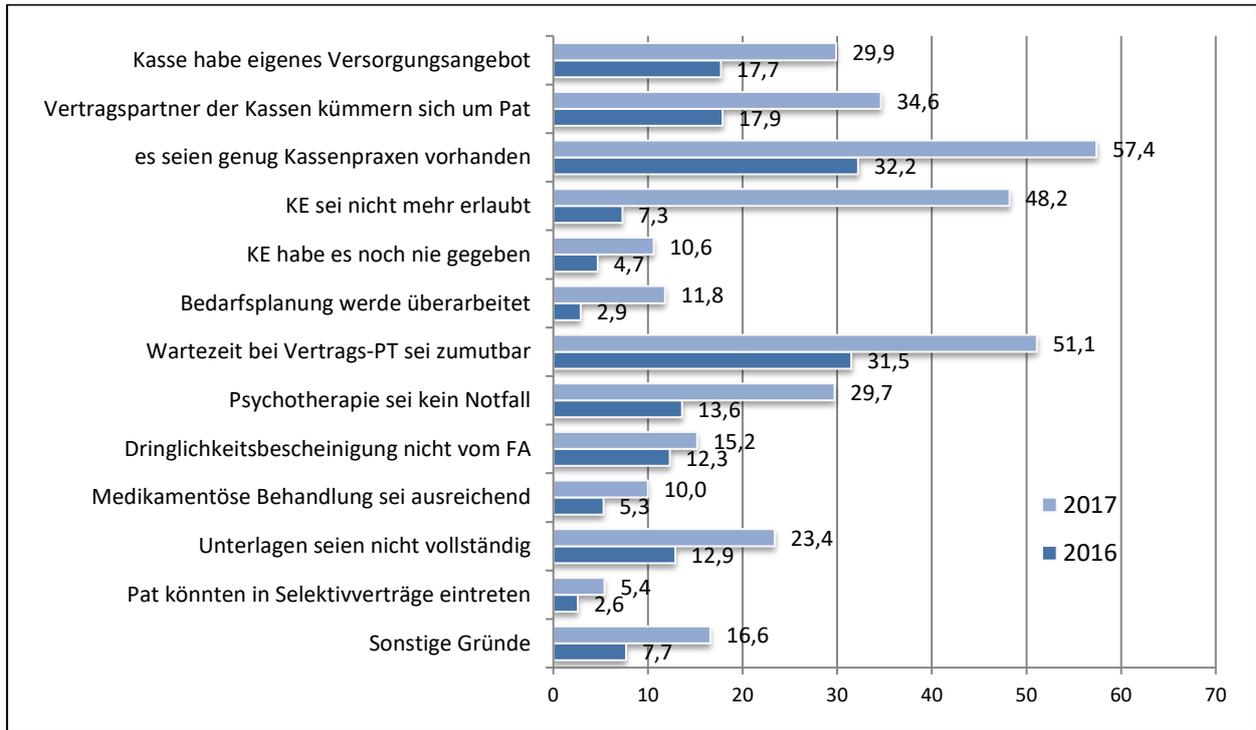
Zusätzlich zur Restriktion bei bewilligten Anträgen wurde auch die Anzahl bewilligter Sitzungen eingeschränkt, diese ging um fast 25% zurück von 37 auf 28 Sitzungen Psychotherapie. Der gleiche Rückgang war auch für die probatorischen Sitzungen zu verzeichnen. Die Anzahl der PatientInnen, die einen Widerspruch gegen einen ablehnenden Bescheid einlegten, verdoppelte sich. Solch ein Widerspruch hatte meist Erfolg, so dass die Behandlung schließlich finanziert wurde. Auch die absolute Anzahl an gerichtlichen Klagen der Versicherten gegen ihre Krankenkassen hat sich nahezu verdoppelt: Während 2016 insgesamt 87 Klagen auf Gewährung der Kostenerstattung vor Gericht ausgefochten wurden, waren dies 2017 160, was einer Zunahme von knapp 85% entspricht.

7.5 Anträge auf Kostenerstattung: von Krankenkassen genannte Gründe für eine Ablehnung

In Abb. 11 sind von den Krankenkassen bei der Ablehnung eines Antrags häufig genannte Gründe zusammengestellt und jeweils die Jahre 2016 und 2017 verglichen. Die Gründe wurden im Fragebogen vorgegeben und die teilnehmenden PsychotherapeutInnen konnten mit einem Haken markieren, ob dies ein patientenseitig häufig berichteter Grund bei den Ablehnungen war oder nicht.

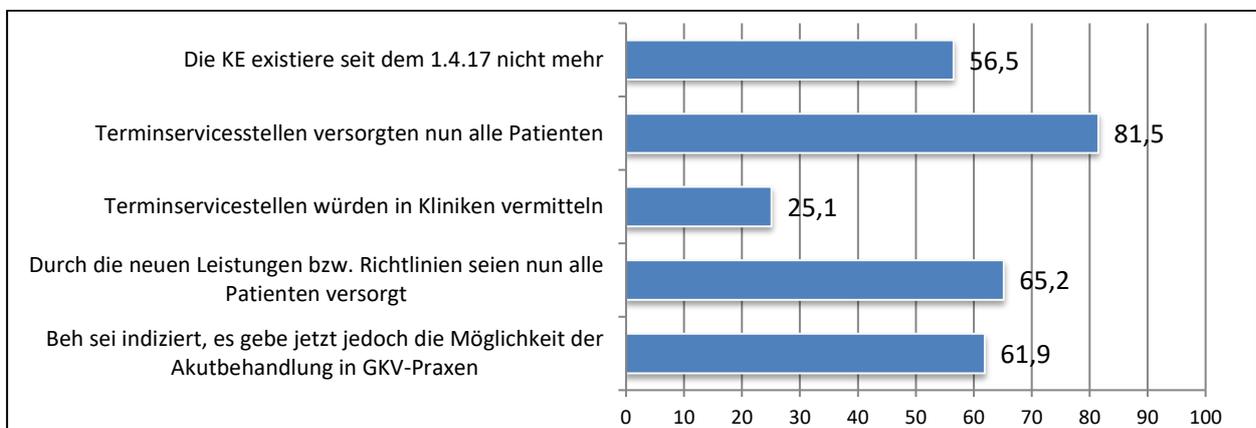
Wie zu sehen ist, ergeben sich für 2017 in fast allen Kategorien deutlich höhere Prozentanteile als für 2016, sie haben sich meist mehr als verdoppelt. Am häufigsten wurde die Begründung der Kassen genannt, „es seien genügend Kassenpraxen vorhanden“ (57%), die „Wartezeit bei einem/r VertragspsychotherapeutIn sei zumutbar“ (52%) oder die „Kostenerstattung sei nicht mehr erlaubt“ (48%). Hier ist anzumerken, dass dies nicht dem geltenden Recht entspricht und eine Falschinformation der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten darstellt. Als weitere häufige Begründungen wurden z.B. „die Vertragspartner der Kassen kümmern sich um die PatientInnen (34%)“, die „Kasse habe ein eigenes Versorgungsangebot“ oder „Psychotherapie sei kein Notfall“ (je 30%) genannt. Hinsichtlich „eigener Versorgungsangebote“ der Kassen ist anzumerken, dass diese keine Heilbehandlung ersetzen können und darüber hinaus bzgl. ihrer Qualität nicht überprüft sind.

Abb. 11: Von den Kassen häufig genannte Ablehnungsgründe von Anträgen auf KE, Vergleich 2016 vs. 2017, in %, n = 1516



Zusätzliche Begründungen, die seit 1. April 2017 angeführt werden (Stichtag, seitdem die neue Richtlinie gilt), zeigt Abb. 12 im Überblick. So geben über 80% der Befragten an, dass Kassen häufig mitteilen, dass die neu geschaffenen Terminservicestellen nun alle PatientInnen „versorgen“ würden, jeweils fast zwei Drittel berichten, dass Absagen damit begründet worden seien, dass „durch die neuen Leistungen bzw. Richtlinie nun alle PatientInnen versorgt“ seien (65%) oder dass es nun auch die Möglichkeit einer Akutbehandlung in GKV-Vertragspraxen gebe (62%). Immerhin mehr als die Hälfte geben an, dass Absagen damit begründet wurden, dass es die Kostenerstattung seit dem 1.4.2017 nicht mehr gebe, was sich mit der Aussage von oben, dass sie nicht mehr „erlaubt“ sei, überschneidet. Von 25% wurde berichtet, dass es häufig Absagen mit Verweis gegeben habe, dass die Terminservicestellen in Kliniken vermitteln würden.

Abb. 12: Von den Kassen ab dem 1.4.2017 „häufig“ oder „sehr häufig“ genannte Ablehnungsgründe von Anträgen auf KE, in %, n = 1067

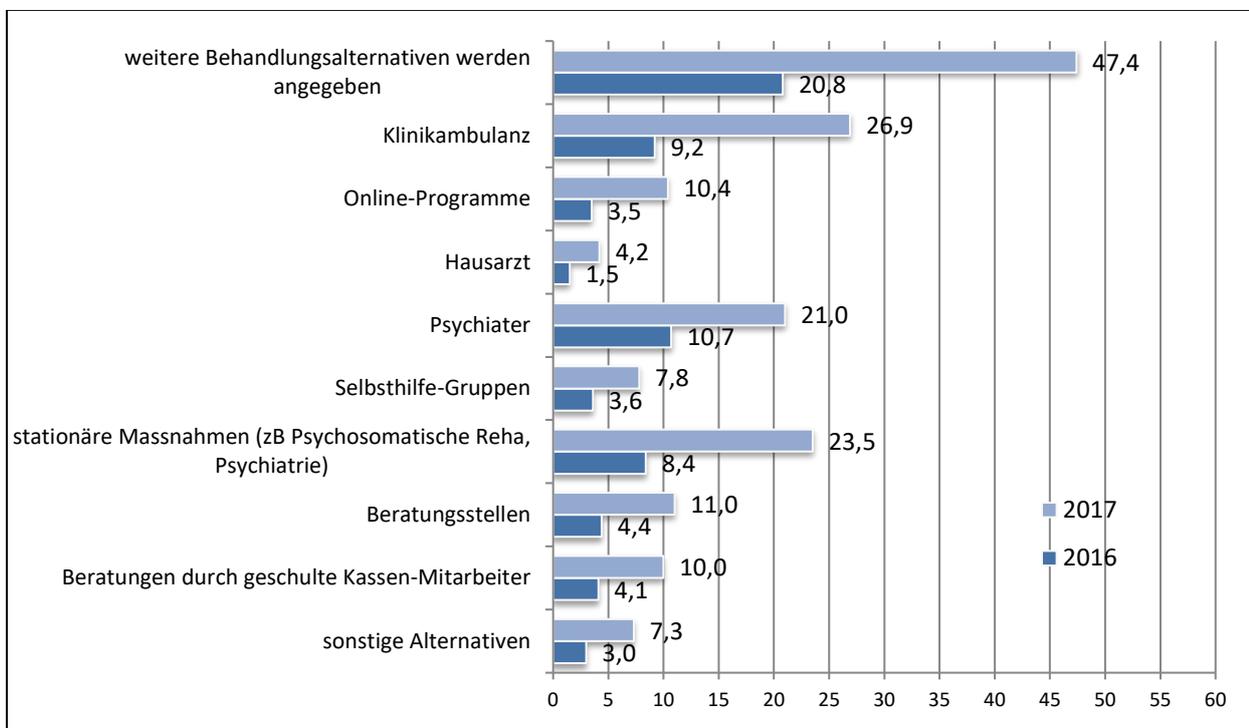


7.6 Anträge auf Kostenerstattung: von Krankenkassen genannte Behandlungsalternativen

Des Weiteren wurde erhoben, welche Behandlungsalternativen von den Krankenkassen bei Ablehnung von Anträgen auf Kostenerstattung angegeben werden.

Abb. 13 stellt die häufigsten Alternativen wieder im Vergleich von 2016 vs. 2017 dar. Auch hier ist in fast allen Alternativen eine Zunahme und z.T. mehr als eine Verdoppelung im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. So hat in etwa die Hälfte der behandelnden PsychotherapeutInnen angegeben, dass Kassen ihren PatientInnen Behandlungsalternativen für eine ambulante Psychotherapie in einer Privatpraxis angegeben haben. Dabei waren am häufigsten der Verweis auf Klinikambulanzen (27%), stationäre Maßnahmen (24%) und PsychiaterInnen (21%). Etwa jede/r zehnte Antwortende gab an, dass von den Kassen auch Online-Programme, Beratungsstellen oder Beratungen durch geschulte KassenmitarbeiterInnen genannt worden seien. Abgesehen davon, dass eine entsprechende Indikationsstellung nur von einer Fachkraft gestellt werden kann, ist der Verweis auf stationäre Maßnahmen gesundheitsökonomisch schwer nachvollziehbar: Die stationäre Behandlung ist i.d.R. deutlich teurer als eine ambulante. Wenn ambulante Maßnahmen indiziert sind, ist es auch nicht sinnvoll, diese aus Mangel an Therapieplätzen in stationäre Behandlungen umzuwandeln. Zudem sind bei stationär-psychiatrischen Behandlungen auch unnötige Hospitalisierungsfolgen zu berücksichtigen.

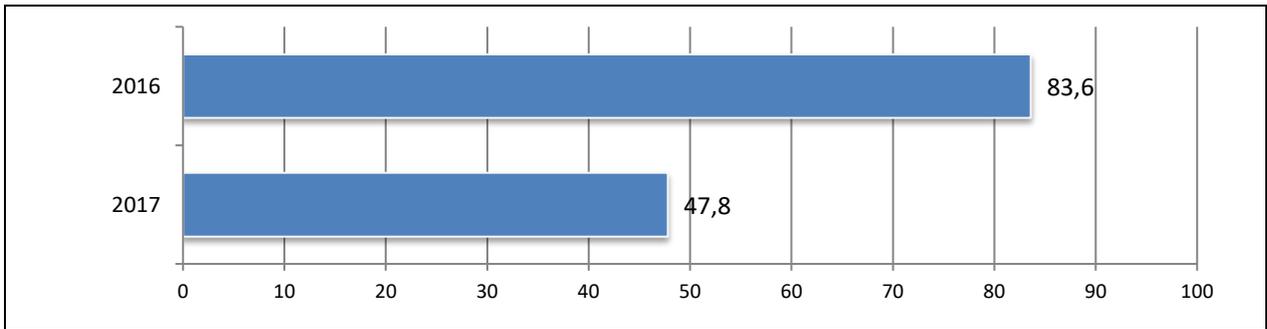
Abb. 13: Von den Kassen häufig genannte Behandlungsalternativen statt KE, Vergleich 2016 vs. 2017, in % $n = 1029/1133$



7.7 Gesamturteil Unterstützung der Krankenkassen

Bezogen auf das Jahr 2016 waren über 80% der in Privatpraxen arbeitende PsychotherapeutInnen der Auffassung, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kostenerstattung von außervertraglichen Psychotherapien für ihre Versicherten unterstützten. Demgegenüber waren es im Jahr 2017 noch 48%, d.h. der Anteil der positiven Antworten hat sich nahezu halbiert (Abb. 14).

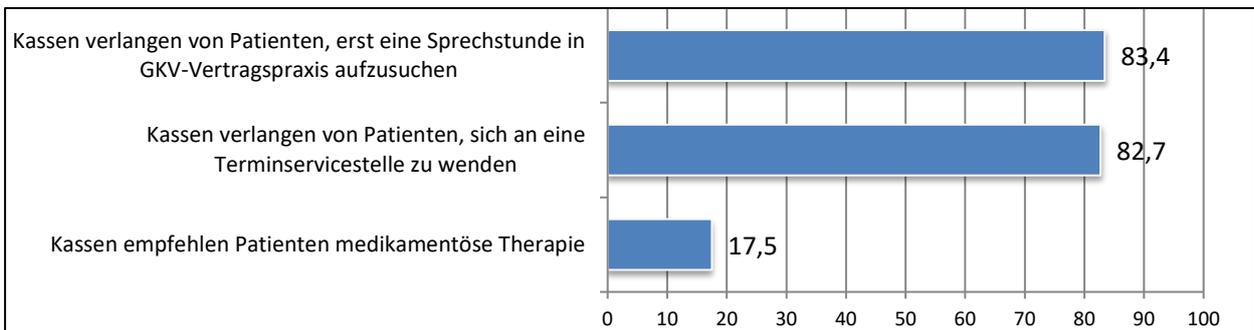
Abb. 14: „Gibt/gab es Kassen, die Kostenerstattung gut unterstützen?“ Anteil ja in %, n = 1069



7.8 Vorgaben der Krankenkassen an ihre Versicherten

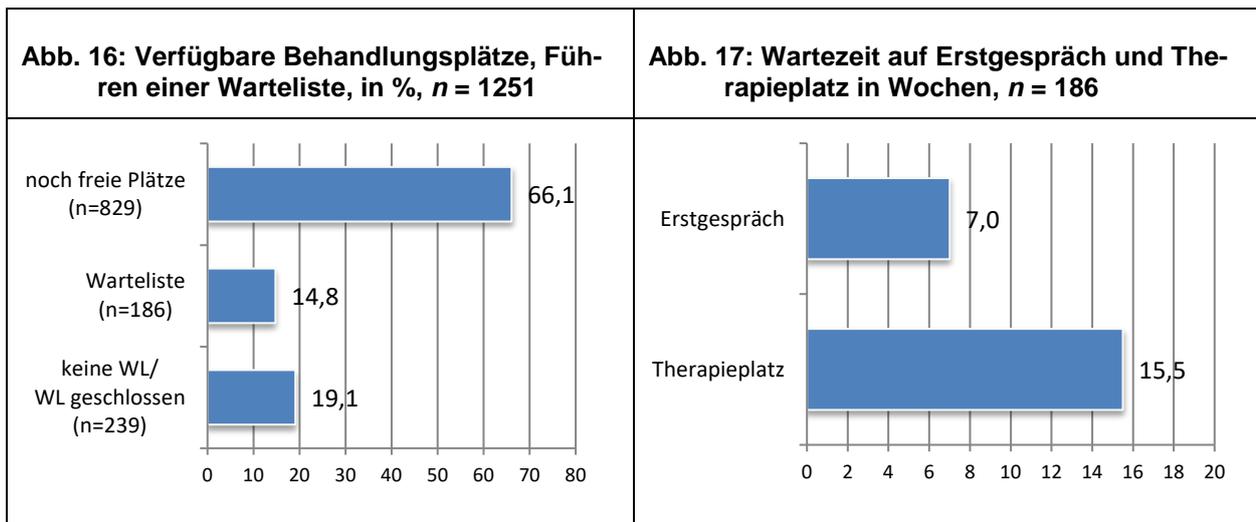
Des Weiteren wurde erfragt, welche Vorgaben die Krankenkassen den Versicherten machen, wenn sie einen Antrag auf Kostenerstattung für eine außervertragliche Psychotherapie stellen. So geben jeweils über 80% der befragten PsychotherapeutInnen an, dass Krankenkassen „häufig“ oder „sehr häufig“ von ihren Versicherten verlangen, „erst eine Sprechstunde in einer GKV-Vertragspraxis aufzusuchen“ oder sich an die „Terminservicestelle zu wenden“. Immerhin gibt jeder/r fünfte Befragte an, dass seitens der Krankenkassen „medikamentöse Therapie empfohlen“ werde (Abb. 15).

Abb. 15: Von den Kassen ab dem 1.4.2017 „häufig“ oder „sehr häufig“ gemachte Vorgaben, in %, n = 1130



7.9 Kapazität für weitere PatientInnen und Wartezeit

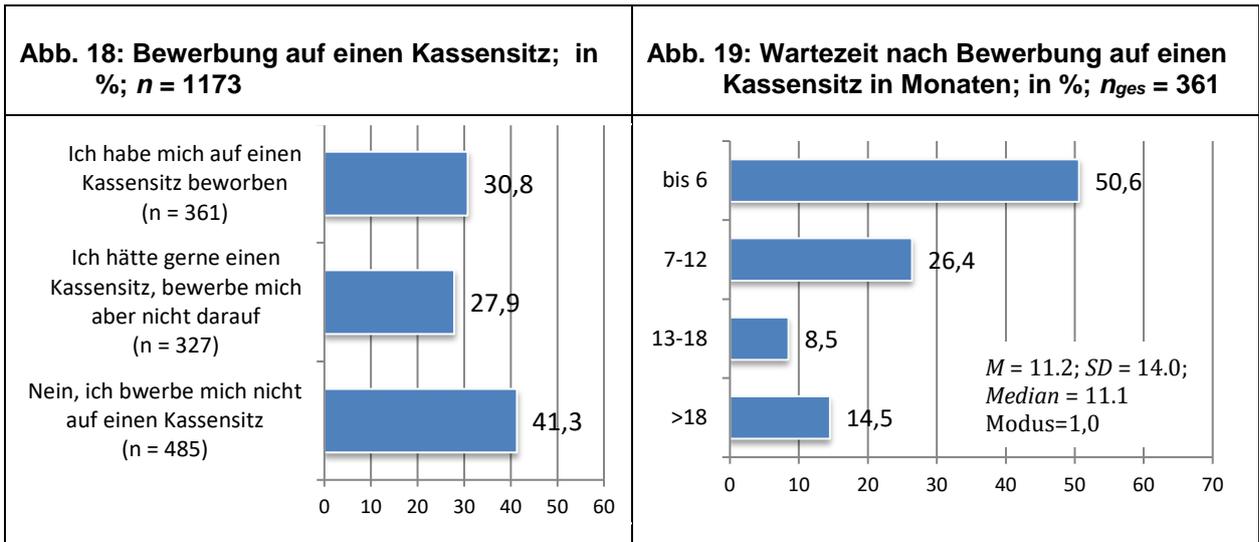
Bezüglich Kapazität für weitere PatientInnen zeigt sich für die PsychotherapeutInnen in Privatpraxis, dass etwa zwei Drittel angeben, noch freie Plätze zur Verfügung zu haben. Nur 15 % führen nach eigenen Angaben eine Warteliste, weitere 20% haben die Warteliste geschlossen bzw. führen gar keine. Für die Praxen mit Warteliste ($n = 186$) beträgt die Wartezeit auf ein Erstgespräch im Durchschnitt 7 Wochen, auf einen Therapieplatz etwa 15 Wochen (Abb. 16 und Abb. 17).



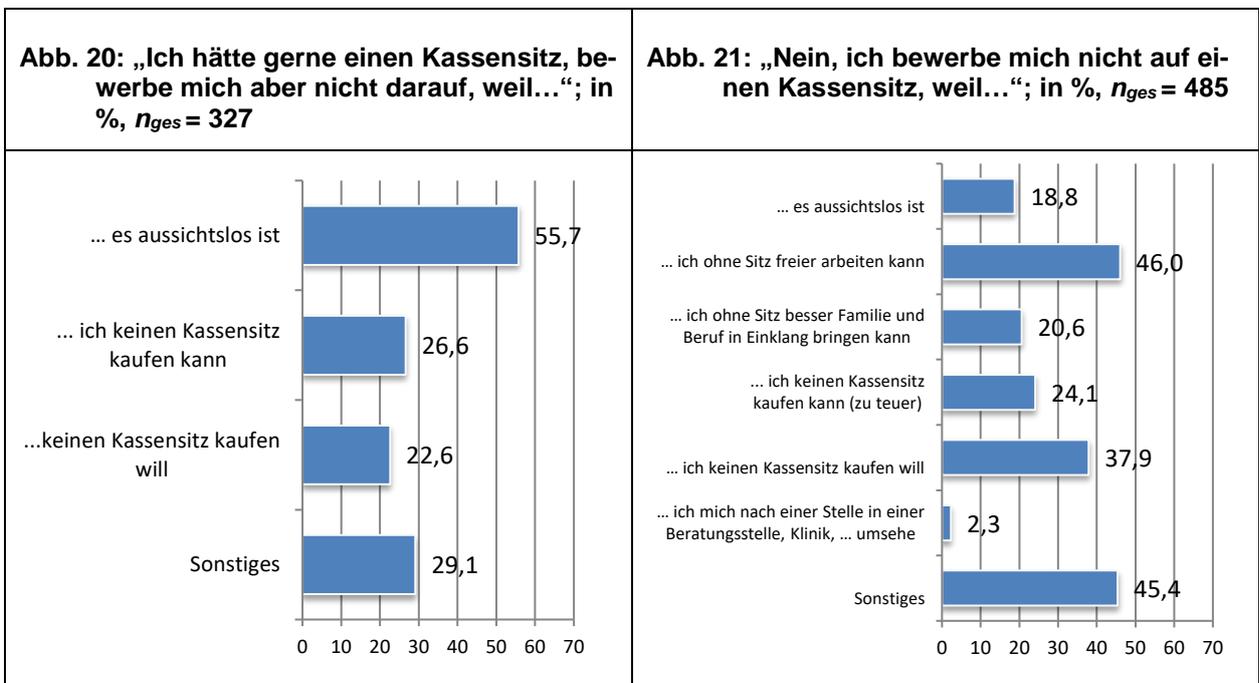
Die überwiegende Mehrheit der in Privatpraxen arbeitenden PsychotherapeutInnen könnte auch kurzfristig noch Behandlungskapazitäten zur Verfügung stellen, im Durchschnitt wurden 5,5 freie Therapieplätze angegeben. Hochgerechnet auf 5800 PsychotherapeutInnen in Privatpraxen könnten für knapp 32000 PatientInnen bundesweit zusätzliche Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Bei Privatpraxen hingegen, die eine Warteliste führen, sind die durchschnittlichen Wartezeiten ähnlich lang wie bei den VertragspsychotherapeutInnen (BPtK, 2018).

7.10 Bewerbung auf einen Kassensitz

Etwa 30% der Befragten gaben an, sich auf einen Kassensitz beworben zu haben, die durchschnittliche Wartezeit seit der Bewerbung betrug für diese Teilstichprobe im Durchschnitt 11 Monate. Hierbei gab etwa die Hälfte der Befragten eine Wartezeit von bis zu 6 Monaten, ca. 16 % zwischen 7 und 12 und 15% eine Zeit von mehr als 18 Monaten an (Abb. 18 und Abb. 19).



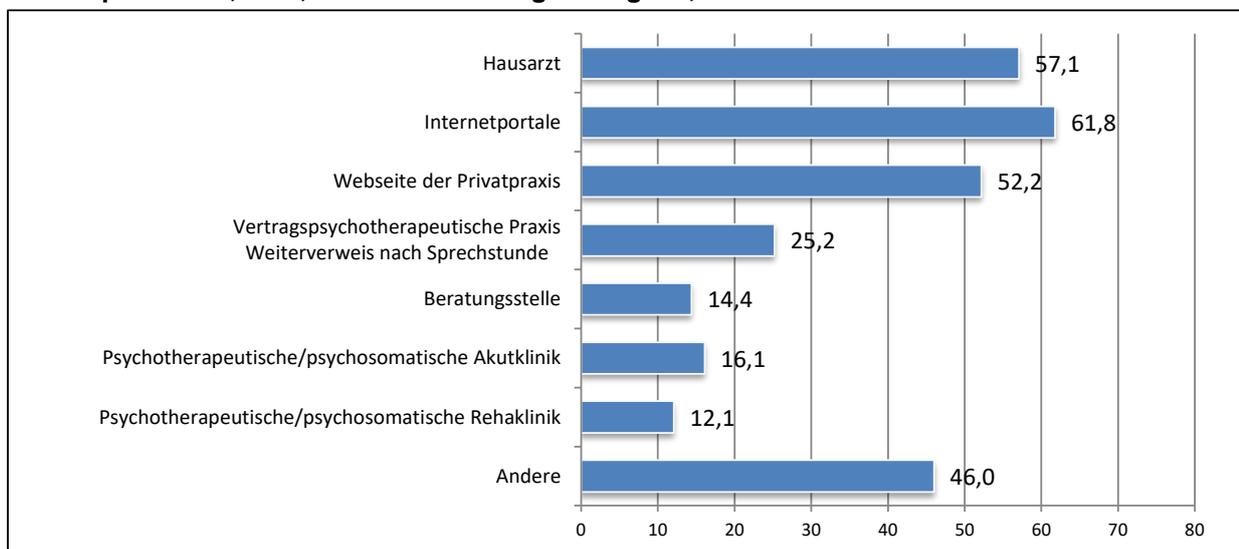
Die 27,9% der Befragten, die gerne einen Kassensitz hätten, sich aber nicht darum bewerben, begründen dies mit der Aussichtslosigkeit (56%) oder der Unmöglichkeit bzw. dem Unwillen, die aufgerufenen hohen Preise für den Sitz zu zahlen (Abb. 20). Ähnliche Gründe werden auch von denen genannt, die sich erst gar nicht auf einen Sitz bewerben. Hier spielt allerdings auch noch ein wesentlicher anderer Grund eine Rolle: fast 50% dieser Subgruppe ist der Meinung, ohne KV-Sitz „freier“ arbeiten zu können und z.B. Familienplanung und Arbeit besser in Einklang bringen zu können. Manche finden, dass sie so weniger Kontrollen (z.B. hinsichtlich der zur Verfügung gestellten Behandlungskapazitäten) unterworfen sind (Abb. 21).



7.11 Zugangswege der PatientInnen

62% der Befragten gaben an, dass ihre PatientInnen sie über Internetportale gefunden hatten (zum Beispiel Suchmaschinen der Landeskammern). PatientInnen von 52% der befragten PsychotherapeutInnen hatten den Erstkontakt über die Website der entsprechenden Privatpraxis. Den Zugangsweg über den/die Hausarzt/Hausärztin nutzten PatientInnen von 57% der Befragten, an ca. 25% wurde von einer vertragspsychotherapeutischen Praxis verwiesen, etwa 16% versorgen PatientInnen, die über eine Klinikempfehlung kamen. Etwa die Hälfte der befragten PsychotherapeutInnen (46%) haben „andere“ Zugangswege angegeben, davon waren die häufigsten Nennungen Empfehlungen von ehemaligen PatientInnen (22%) sowie von KollegInnen (18%; Abbildung 30).

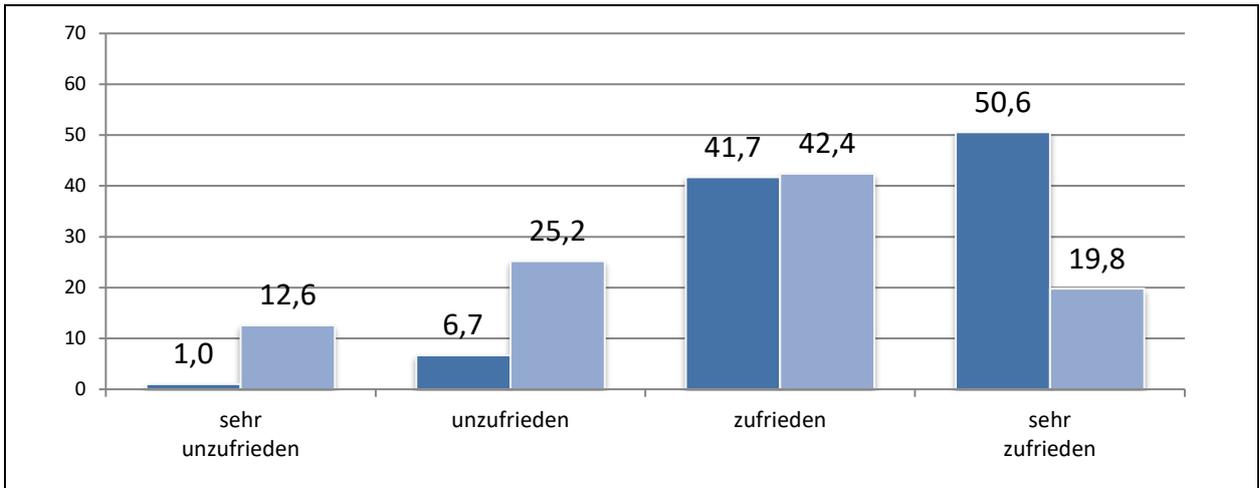
Abb. 22: Zugangswege der PatientInnen in Privatpraxen nach Angaben der befragten PsychotherapeutInnen, in %, Mehrfachnennungen möglich, n = 1115



7.12 Allgemeine Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Tätigkeit

Insgesamt waren nur etwa 8% der Befragten mit der Situation im Jahr 2016 unzufrieden oder sehr unzufrieden und über 90% zufrieden oder sehr zufrieden. Für 2017 ergibt sich demgegenüber ein deutlich verändertes Bild: Nur noch jede fünfte PsychotherapeutIn in einer Privatpraxis ist sehr zufrieden, dieser Anteil hat sich mehr als halbiert. Der Anteil der (sehr) Unzufriedenen stieg auf fast 40%, das entspricht mehr als einer Vervierfachung! Statistisch ist dieser Unterschied hochsignifikant ($\chi^2 = 278,5; p < .001; df=9; n=1155$ Messwertpaare; vgl. Abb. 23).

Abb. 23: Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit insgesamt 2016 vs. 2017; in %, n = 1163/1266



7.13 Bewertungen der Situation der Kostenerstattung

Über Aussagen, denen mehr oder weniger zugestimmt bzw. nicht zugestimmt werden konnte, wurden indirekt Bewertungen zur aktuellen Situation der außervertraglichen Psychotherapie von GKV-Versicherten ermittelt. So verneinten etwa 85% der Befragten, dass die Krankenkassen hinsichtlich der Kostenerstattung von außervertraglicher Psychotherapie kooperationsbereit seien, ebenso viele sind verärgert über die Politik der meisten Krankenkassen bzgl. der Kostenerstattung (Abb. 24 und Abb. 25). Noch höher, nämlich bei 95% liegt der Anteil derer, die das aktuelle Verfahren der Kostenerstattung für therapiesuchende psychisch kranke Menschen als sehr belastend einschätzen oder für nicht zumutbar halten (Abb. 26 und Abb. 27). Ebenfalls sehr kritisch bewertet wird die Aussage, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung ausreichend sei; sie wird von 97% der BefragungsteilnehmerInnen verneint. Auch speziell auf die regionale Versorgung bezogen verneinen dies 95% (Abb. 28 und Abb. 29).

Abb. 24: „Die meisten gesetzlichen Krankenkassen sind hinsichtlich der Kostenerstattung von Psychotherapie kooperationsbereit“, in %, n = 1234

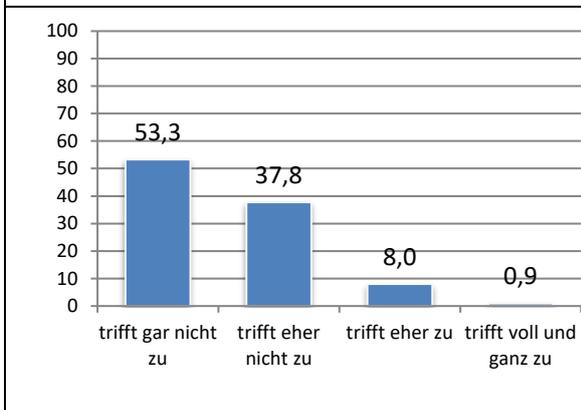
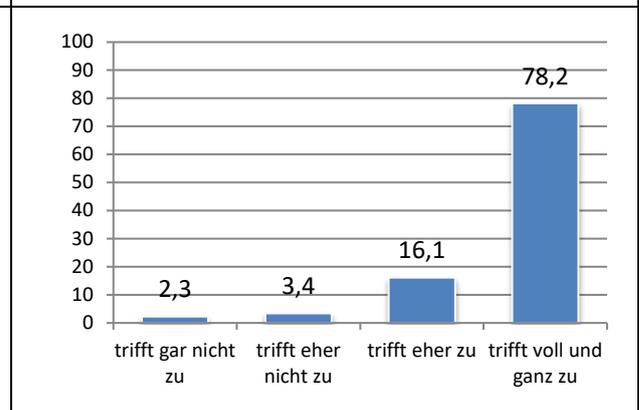
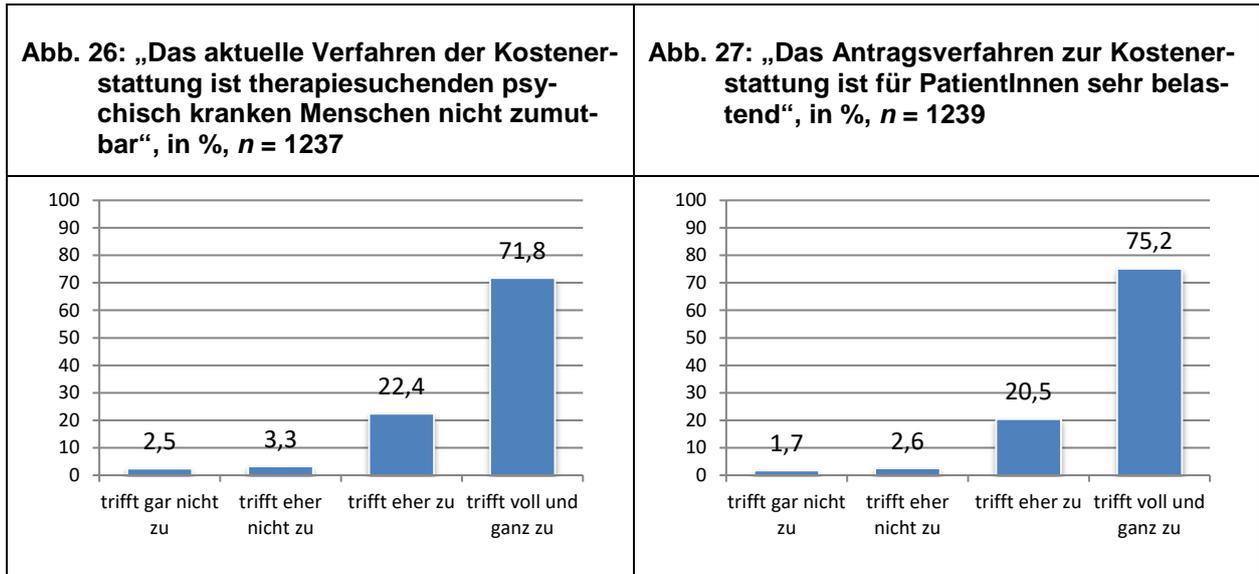
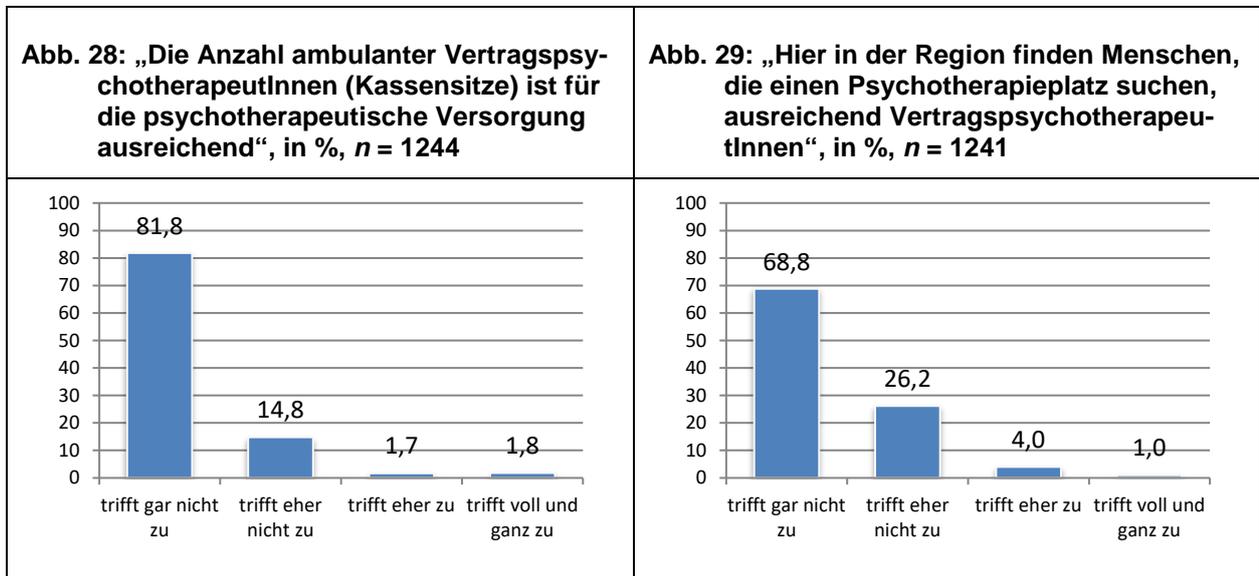


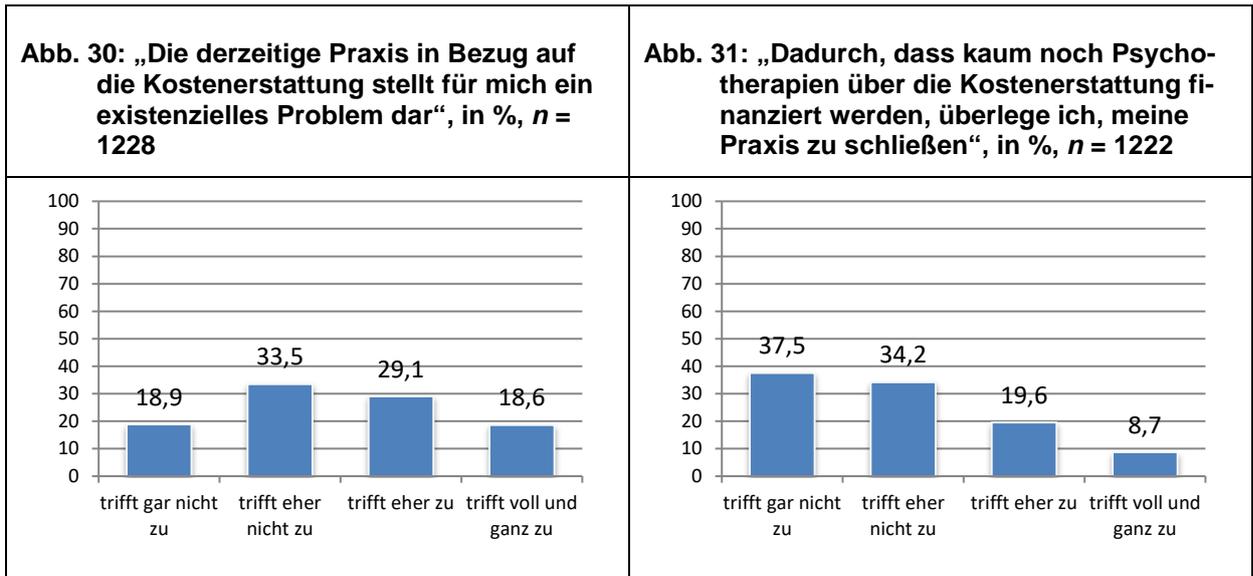
Abb. 25: „Ich bin verärgert über die Politik der meisten Krankenkassen bzgl. der Kostenerstattung von Psychotherapie“, in %, n = 1236





Wie oben berichtet, werden ca. 50% der Psychotherapien in Privatpraxen über Kostenerstattung finanziert. Dieser Anteil ging im Vergleich zur Studie von Nübling et al. (2014a) um ca. 10% zurück (vgl. Kap. 7.3). Es liegt nahe, dass die Einschränkung der Kostenerstattung für Privatpraxen ein existentielles Problem darstellen kann. Wie Abb. 30 zeigt, ist dies immerhin für ca. 50% der befragten PsychotherapeutInnen der Fall, für ca. 20% eindeutig. Hierzu passt auch, dass einige InhaberInnen von Privatpraxen überlegen, diese zu schließen: 9% bejahen diese Überlegungen ausdrücklich, weitere 20% stimmen relativierend zu (Abb. 31).

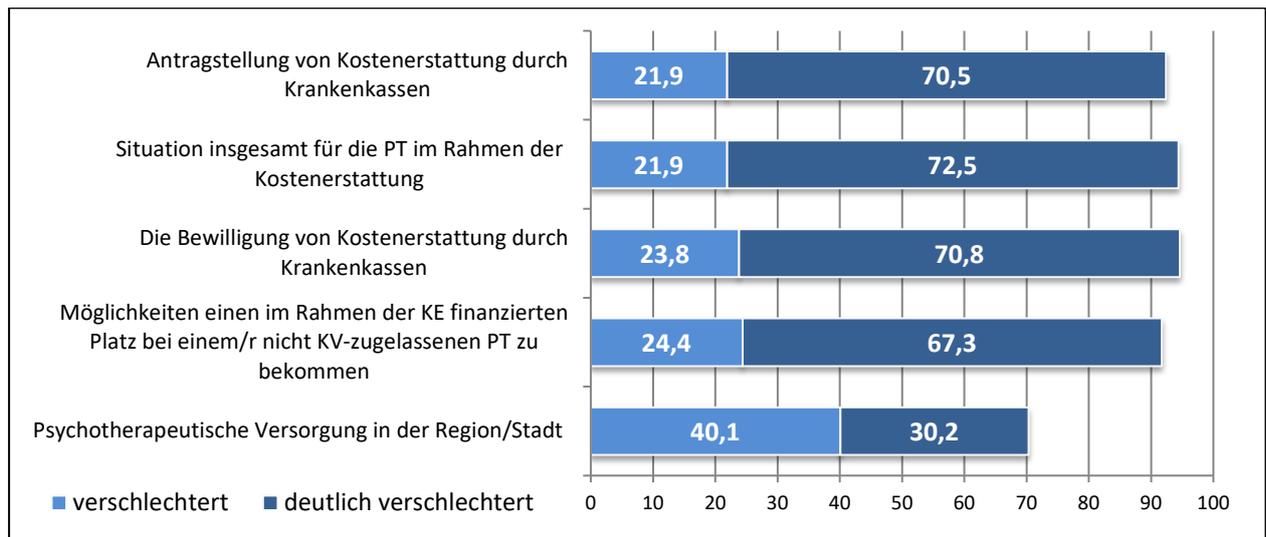




7.14 Einschätzung der Veränderungen von 2016 nach 2017

Für insgesamt fünf Inhaltsbereiche wurden direkte Veränderungseinschätzungen abgefragt. Hierbei sollte jeweils subjektiv die aktuelle Situation 2017 mit der des Jahres 2016 verglichen und eine Änderungseinstufung vorgenommen werden. Hierzu wurden die Alternativen „stark verbessert“, „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ und „stark verschlechtert“ vorgegeben.

Abb. 32: Subjektiv eingeschätzte Veränderungen, Anteil Verschlechterung („verschlechtert“ und „deutlich verschlechtert“, in %), Vergleich 2017 vs. 2016, n = 1041 - 1049



In Abb. 32 werden die Anteile der Einschätzungen von „verschlechtert“ und „stark verschlechtert“ dargestellt, da diese bei allen fünf Bereichen 70% und in vier Bereichen sogar 95% ausmachen. Erfasst wurden zum einen Einschätzungen zur Kostenerstattung von außervertraglicher

Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V (Antragstellung, Situation der Kostenerstattung insgesamt, Bewilligungspraxis durch die Krankenkassen, die Möglichkeiten einen Therapieplatz in einer Privatpraxis zu erhalten) sowie die psychotherapeutische Versorgung in der Region, in der die jeweilige Privatpraxis betrieben wird. Dabei zeigten sich in allen fünf Merkmalen z.T. sehr deutliche Verschlechterungen. Nahezu alle befragten PsychotherapeutInnen, die eine Privatpraxis betreiben, berichten von überwiegend starken Verschlechterungen. Nur die Einschätzungen zur regionalen Versorgung sind nicht ganz so dramatisch, aber auch hier liegt der Anteil derer, die die Situation als verschlechtert beurteilen, bei über 70%.

7.15 Antworten der Frageblöcke mit offenem Antwortformat

Die Möglichkeit, in den abschließenden Frageblöcken mit offenem Antwortformat die Situation in eigenen Worten zu beschreiben, wurde sehr umfangreich genutzt. Hier wurden Antworten zu folgenden Fragen erhoben „Wie beurteilen Sie die derzeitige Situation hinsichtlich Kostenerstattung von Psychotherapie? a) Stärken / Probleme / Besonderheiten, b) Welche Schwächen/welchen Veränderungsbedarf sehen Sie?“ Insgesamt liegen von ca. 1200 BefragungsteilnehmerInnen offene Antworten vor, z.T. antworteten die Befragten sehr umfangreich und nannten Beispiele etc. Zur Veranschaulichung wurden einige Antworten der an der Befragung teilnehmenden PsychotherapeutInnen im Anhang dargestellt (Anhang 1). Hinsichtlich der Frage „Wie beurteilen Sie die derzeitige Situation hinsichtlich Kostenerstattung von Psychotherapie? Stärken / Probleme / Besonderheiten“ liegen Antworten von 840 TeilnehmerInnen vor (= 34,8% von 2417 Antworten).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die vorstehenden Ergebnisse aus den standardisierten Fragen durch diese offenen Antworten gut unterstreichen bzw. illustrieren lassen. Häufig wird erheblicher Unmut über das Verhalten vieler Krankenkassen geäußert, deren SachbearbeiterInnen die Veränderungen der Psychotherapierichtlinie vorschieben und psychisch kranken Versicherten die Inanspruchnahme noch stärker erschweren als bereits zuvor. Die Situation wird z.T. als „katastrophal“ beschrieben.

Die Befragten schätzen das Verfahren der Antragstellung und v.a. der vielen Schritte davor, die bewältigt werden müssen (Absagen von VertragspsychotherapeutInnen einholen, verschiedene Sprechstundentermine wahrnehmen, mit Terminservicestellen telefonieren, mit KassenmitarbeiterInnen sprechen etc.) für die PatientInnen, die mit ihrer psychischen Erkrankung ohnehin zu den Schwächeren der Gesellschaft gehören, als schwer zumut- und auch schwer verkraftbar ein. Viele PsychotherapeutInnen in Privatpraxis sprechen von einer Odyssee der PatientInnen, die oft entmutigt aufgeben. Dazu kommt, dass Kassen wahrheits- und auch z.T. gesetzwidrige Informationen an die PatientInnen weitergeben, v.a. mit der Auskunft, dass es die Kostenerstattung nicht mehr gebe bzw. sie „abgeschafft“ sei. Auch scheinen die SachbearbeiterInnen bei den Krankenkassen oft nicht bereit oder in der Lage zu sein, fachgerecht zu informieren. Ebenso seien Terminservicestellen z.T. völlig überfordert und können nicht über Alternativen zur Behandlung bei VertragsbehandlerInnen informieren. Darüber hinaus wurde mehrfach betont, dass die Anträge von den Kassen „verschleppt“ würden, manche Anträge seien auf einmal nicht mehr auffindbar. Das sind offensichtlich keine Einzelfälle.

Auf Seiten der betroffenen PsychotherapeutInnen zeigt sich, dass der Aufwand, den sie zusammen mit den PatientInnen für eine Antragstellung betreiben müssen, zum einen immer größer und zum anderen immer weniger aussichtsreich wird. Das Antragsverfahren erscheint ihnen für die PatientInnen und auch für sich selbst zu aufwändig und entwürdigend. Einige Praxen nehmen deshalb keine GKV-Versicherten mehr auf, andere überlegen, zu schließen. Viele berichten, dass die aktuelle Situation ihre Existenz bedroht.

Kritisch ist schließlich, dass viele PsychotherapeutInnen in Privatpraxen darüber berichten, dass sie von Krankenkassen bzw. ihren MitarbeiterInnen als „TherapeutInnen zweiter Klasse“ angesehen werden. Oft müssten sie den PatientInnen vermitteln, dass sie die gleiche Ausbildung haben wie VertragspsychotherapeutInnen, das scheint auch vielen KassenmitarbeiterInnen nicht klar zu sein.

8 Diskussion

Die vorliegende Studie bestätigt im Wesentlichen die Trends früherer regionaler bzw. verbandsbezogener Studien (v.a. Nübling et al., 2015, Rabe-Menssen & Sude, 2018). In einer Reihe von Punkten sind die Erhebungen vergleichbar, die Situation hinsichtlich der Kostenerstattung scheint sich aber noch mehr „zugespitzt“ zu haben. Mit den in 2017 eingeführten Neuerungen der Psychotherapierichtlinie (Vorhalten von Sprechstunden, zusätzliche Telefonsprechzeiten) scheint eine Verringerung der Kapazitäten der VertragspsychotherapeutInnen für Richtlinienpsychotherapie einherzugehen. Gleichzeitig wird die Bewilligung außervertraglicher Psychotherapie im Wege der Kostenerstattung von den Krankenkassen zunehmend restriktiver gehandhabt, was folglich zu gravierenden Engpässen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung führen muss. Das bestehende Versorgungsdefizit kann kurzfristig nur gemildert werden, wenn die Kostenerstattung von ambulanter Psychotherapie wieder seitens der Kassen erleichtert wird. Langfristig müssten mehr Sitze für VertragspsychotherapeutInnen zur Verfügung stehen und eine an den realen Bedarfen orientierte Versorgungsplanung entwickelt werden. Zwischenzeitlich wurden zur Thematik der Kostenerstattung für ambulante Psychotherapie auch zwei Anfragen von Bündnis 90/die Grünen und von der FDP in den Bundestag eingebracht (Deutscher Bundestag, 2018a, b). Neben der Antwort, dass der Bundesregierung „keine Informationen“ zu der wichtigen Frage, in welcher Höhe den Krankenkassen Ausgaben im Rahmen der Kostenerstattung von Psychotherapie ab 2014 entstanden sind, vorliegen, wurde zumindest klargestellt, dass die Kassen nach wie vor zur Kostenerstattung verpflichtet sind.

Abschließend müssen auch für die vorgelegte Studie einige limitierende Punkte genannt werden. Zum einen wurden PsychotherapeutInnen auch zu den Erfahrungen ihrer PatientInnen bzw. anfragenden psychisch kranken Menschen, befragt. Diese befragten PsychotherapeutInnen erwirtschafteten einen Teil ihrer Einkünfte über die Kostenerstattung und könnten damit auch bezüglich ihrer Angaben eine gewisse Befangenheit aufweisen. Hierzu müssten ergänzend die betroffenen

PatientInnen befragt werden. Dies konnte hier u.a. aufgrund der sehr beschränkten Mittel für die Studie nicht realisiert werden, sollte aber für eine weitere Absicherung der Befunde erwogen werden. Ein weiterer Schwachpunkt liegt darin, dass nur etwa die Hälfte derer, die an der Befragung teilgenommen haben, den Fragebogen auch vollständig ausfüllten. Allerdings ist die Stichprobe mit je Einzelfrage meist deutlich über 1000 PsychotherapeutInnen die bislang größte verfügbare Datenbasis zu dieser Fragestellung. Auch die sehr vielen und ausführlichen offenen Antworten weisen auf eine gute Datenqualität hin. Nichtsdestotrotz können hinsichtlich Repräsentativität der Studie für die bundesweite Situation nur zum Teil Rückschlüsse gezogen werden. V.a. die Mitglieder der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) sowie der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz dürften unterrepräsentiert sein, da diese beiden Kammern sich nicht offiziell an der Studie beteiligt hatten. Weitere Beschränkungen liegen in der Fragebogenmethodik und im offenen Zugang zu der Online-Befragung. Potentiell hätte ein Mitglied den Bogen auch mehrfach ausfüllen können, was aber wegen des Umfangs des Fragebogens als eher unwahrscheinlich angesehen werden kann.

9 Dank

Unser Dank gilt in erster Linie allen PsychotherapeutInnen, die sich an der Studie zu beteiligten und sich die Zeit genommen haben, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Danken möchten wir auch Johny Varsami, der die online-Befragung für uns organisiert und mitbetreut hat, allen Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Berlin sowie Elena Nübling für das Korrektur lesen und allen Mitgliedern der Projektgruppe, die in den inhaltlichen Diskussionen sowie über fachliche Rückmeldungen zum Gelingen der Studie und zum vorliegenden Bericht beigetragen haben.

10 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF) (2015): S3-Leitlinie Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression. Langfassung, 2. Auflage, Version 5, AWMF-Register -Nr.: nvl-005; Download unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2008). BPTK-Spezial zum Morbi-RSA (Morbiditäts-Risiko-Strukturausgleich). Download unter: http://www.bptk.de/publikationen/bptk_spezial/1999796.html.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Berlin, BPTK, Download unter: <https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2013). 10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPTK-Stellungnahme. Download unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Standpunkte/10_Tatsachen_zur_Psychotherapie/20130412_BPTK_Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf.
- Bundespsychotherapeutenkammer BPTK (2015b): Psychotherapie: Krankenkassen verzögern und informieren falsch. BPTK kritisiert bürokratische Tricks bei der Kostenerstattung. Pressemitteilung, 22.06.2015. Online verfügbar unter <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-88.html>, zuletzt aktualisiert am 21.07.2015
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie - Wartezeiten 2018. Download unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPTK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf.

- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPtV (2015): Bewilligungskostenerstattung – Kassen verweigern Psychotherapie. Pressemitteilung. Online verfügbar unter <http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php>
- Deutscher Bundestag (2014): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Anstieg der Kostenerstattung für Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Drucksache 18/1947. Berlin: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, 17.04.2014. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/019/1801947.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2018a). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonthner, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend „Wartezeiten für psychisch erkrankter Menschen“ – Drucksache 19/1066–, Drucksache 19/1347 vom 21.03.2018. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/013/1901347.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2018b). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schenneburg, Michael Theurer, Giorgorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Der FDP – Drucksache 19/3239 – Drucksache 19/3511 vom 19.07.2018. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/035/1903511.pdf>.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(47), 799–808.
- Glaesmer, H., Sonntag, A., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J.M., Fliege, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Kohl, S., Lebiger-Vogel, J., Leuzinger-Bohleber, M., Michels-Lucht, F., Willutzki, U., Spröber, N., & Strauß, B. (2009). Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Absolventen. Ergebnisse der Absolventenbefragung im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut* 2009 · 54:437–444. DOI 10.1007/s00278-009-0705-3
- Jacobi, F. & Wittchen, H.-U. (2005). „Diagnoseträger“ und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S.25-36). Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt*, 85(1), 77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y
- Jacobi, F., Klose, K. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47(8), 736–744. doi:10.1007/s00103-004-0885-5
- Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., Alberti, L. & Tress, W. (1999) Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogener Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 49, 14–22.
- Kruse, J., Herzog W., Hofmann, M. & Larisch, A. (2012). Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“ im Auftrag der KBV. <http://www.kbv.de/>
- Melchior, H., Schulz, H., Härter, M., Walker, J. & Ganninger, M. (2014). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmannstiftung, Download unter: <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/>
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014a). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 13, 389–397.
- Nübling, R., Jeschke, K., Böker, U., Kemper-Bürger, B., Klett, M., Krenz, M., Lämmel, B., Lückert, J., Munz, D. & Röseler, D. (2015). Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal* 14, , 337-346.
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014b). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Stuttgart, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg; Download unter: http://www.lpk-bw.de/archiv/news_2014/pdf/20140513_nuebling_etal_ambulante_pt_versorgung_ergebnisbericht.pdf.
- Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W. & Schmidt, J. (2004): Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 65, 35-44.
- Psychotherapeutenkammer Bremen (2015): Kostenerstattung in Bremen: eine Bestandsaufnahme. *Psychotherapeutenjournal* 14, S. 182–183.
- Rabe-Menssen, C.; Hild-Steimecke, S. (2013): Freude am Beruf, aber große finanzielle Sorgen. Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapie Aktuell* 5, S. 6–16.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Berlin, Download unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf
- Schmidt, J. (2008). Nachwuchs- und Ausbildungssituation Psychologischer Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in Baden-Württemberg – Ergebnisse einer Befragung der Ausbildungsinstitute. *Psychotherapeutenjournal*, 7, 378.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W.W. (2003). *Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien*. Regensburg: Roderer.
- Siegel, R. J. (2013). Absolventenzahlen der Psychotherapieausbildung. Entwicklung und mögliche Implikationen für den Berufsstand. *Psychotherapeutenjournal* 12, 256-261.
- Sude, K. (2015): Kostenerstattung: Patienten in Not. Kassen erschweren Zugang notwendiger ambulanter Psychotherapien. In: *Psychotherapie Aktuell* 7 (2), S. 17–23.
- Thomsen, K. (2013): PKSH-Umfrage zur Psychotherapie in Kostenerstattung. *Psychotherapeutenjournal* 12, S. 341–342.
- Thomsen, K. (2015): Keine Probleme mehr in der ambulanten Versorgung? – Zweite Umfrage der PKSH zur Kostenerstattung. *Psychotherapeutenjournal* 14, S. 218–220.
- Vogel, H.; Burgdorf, K.; Millek, A. (2015): Probleme in der Kostenerstattung am Beispiel der Barmer GEK. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 47 (Supplement 1 (Rosa Beilage)), S. 9–10.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Gaebel, W., Zielasek, W., Maier, W., Wagner, M., Hapke, U., Siegert J & Höfler, M. (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der "Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit" (DEGS-MHS). Vortrag auf dem Symposium „Gemessen und gefragt – die Gesundheit der Deutschen unter der Lupe“, Berlin, 14.6.2012.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C. (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21(9), 655-79. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000. doi:10.1007/s001030100269
- Wittmann, W. W.; Lutz, W.; Steffanowski, A.; Kriz, D.; Glahn, E. M.; Völkle, M. C. et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Hg. v. Techniker Krankenkasse. Hamburg. Download unter <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf>, zuletzt aktualisiert am 2011.
- Wunsch, E.-M.; Kliem, S.; Grochowski, A.; Kröger, C. (2013): Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland. *Psychologische Rundschau* 64 (2), S. 75–93

11 Anhang

11.1 Anhang 1: Offene Antworten der TeilnehmerInnen an der Studie (Auswahl)

„Wie beurteilen Sie die derzeitige Situation hinsichtlich Kostenerstattung von Psychotherapie? Stärken / Probleme / Besonderheiten“

Es liegen Antworten zu dieser offenen Frage von n=840 TeilnehmerInnen vor (= 34,8% von 2417 Antworten). Nachstehend eine Auswahl von 126 dieser Antworten (wörtlich übernommen, z.T. gekürzt)

1. Der Rechtsanspruch auf Kostenerstattung wird ad absurdum geführt. Trotz Dringlichkeitsbescheinigungen und eindeutigen Indikationen wird das Verfahren in die Länge gezogen. Nur "hartnäckige" Patient*innen kommen zum Erfolg bzw. langfristig zu einer Bewilligung. Der Rest der Patient*innen bleibt auf der Strecke.
2. Die Kostenerstattung ist ein gesetzlich geregeltes Verfahren, wird aber von den meisten Kassen behandelt wie eine Luxus-Leistung, die erstmal als vermeidbar abgestempelt wird. Den potentiellen Patienten wird suggeriert, es gebe das Verfahren nicht oder teilweise sogar, sie würden etwas Illegales versuchen. Sie werden eindeutig belogen (Berichte von Telefonaten und vorliegende schriftliche Absagen, also nachweisbar): Kassen dürften nicht bezahlen, v.a. seit dem 1.4.2017 nicht mehr, die Service-Stellen vermitteln Therapieplätze innerhalb von vier Wochen, es müsste ein Notfall vorliegen, um Kostenerstattung zu bezahlen, es wird immer wieder auf die über 100%ige Auslastung in <Stadt> verwiesen (die aber niemals ausreichend ist). Patienten wird bei Nachfragen (so berichten es die Patienten) eindeutig gesagt "das brauchen Sie bei uns gar nicht erst versuchen, das hat keine Chance" (v.a. BARMER, vermehrt HKK und TK, sowieso bereits vorher: AOK und DAK). Viele Kassenmitarbeiter scheinen tatsächlich auch nicht den Unterschied zu kennen zwischen Krisenintervention, Akuttherapie und psychotherapeutischer Regelbehandlung. Es wird alles gleichbehandelt bzw. so abgelehnt, wie es gerade zum Fall "passt". Daneben werden Therapeuten genannt, bei denen die Patienten sich melden sollen, da sie freie Plätze hätten, was sich jedoch in 80% der Fälle als falsch erweist und nur zu weiteren Erstgesprächen führt ohne Chance auf Therapieplätze. Daneben werden Patienten teilweise angehalten, Therapeuten aufzusuchen, die 35-40 km entfernt sind. Richtig zynisch wird es, wenn Kassen bei mir selbst anfragen, ob ich deren Versicherte nehmen könnte, weil sie keine Therapeuten finden und sobald ich was von Kostenerstattung sage, sie ihre Anfrage zurücknehmen mit der Begründung "ne, das machen wir ja nicht"! Genau so geschehen (BARMER, 2x). Zudem weigern sich Mitarbeiter von Krankenkassen in letzter Zeit gehäuft, mit Therapeuten in der Kostenerstattung überhaupt zu reden, da man ja "kein Vertragspartner" sei (v.a. HKK, BARMER, TK), man wird nicht mehr zu entsprechenden Stellen durchgestellt bzw. erreicht Kassen nur mit unterdrückter Nummer (mein subjektiver Eindruck).
3. Die gesetzlichen Krankenkassen ruhen sich auf der Ausrede aus, die TSS würden alle Patienten an einen Kassentherapeuten vermitteln können; dass dieser oder diese vielleicht gar keinen freien Therapieplatz hat, wird nie erwähnt. Was mich persönlich am meisten ärgert, ist, dass man seit dem 01.04.2017 als approbierte Psychologische Psychotherapeutin ohne Kassenzulassung als Therapeut zweiter Klasse behandelt und in den Schreiben an die Patienten auch so dargestellt wird... Das heißt, man selbst wird bei den eigenen Patienten beschämt.
4. Als Psychotherapeutin im Kostenerstattungsverfahren muss ich als Bittsteller auftreten und werde von den Krankenkassen so behandelt, als würde ich mir einen Vorteil erschleichen wollen. Zudem haben viele Klienten rückgemeldet, dass sie sich von ihrer Krankenkasse im Stich gelassen fühlten und nicht

ernst genommen. Einigen Klienten wurde zurückgemeldet, dass sie "gar keine richtigen Probleme" hätten, wobei die Krankenkassenmitarbeiter nicht über das diagnostische Wissen verfügen, um diesen Sachverhalt einschätzen zu können.

5. Krankenkassen lassen z.T. Anträge "verschwinden", falls sie nicht per Einschreiben versendet werden etc. Das ist eine "Zermürbungstaktik". Es fehlt eine Lobby, die sich für die nicht-kassenärztlich tätigen Psychotherapeutinnen einsetzt. Man bekommt den Eindruck, dass in Privatpraxis tätige Kolleginnen wie "Therapeuten zweiter Wahl" behandelt werden, da nicht kassenärztlich vertreten.
6. Die Kassen verkomplizieren das Antragsverfahren, führen zum Teil absurde Argumente an, handeln in keiner Weise im Sinne ihrer Patienten, zumal die psychischen Erkrankungen einen sehr hohen Stellenwert im Bereich der Erkrankungen überhaupt haben. Den Umweg über Terminservicestellen und Sprechstunde ist ein unsinniges Aufschieben und Mürbemachen, bis der Patient zu seiner Behandlung kommt.... Der Zugang zur Psychotherapie muss unbedingt vereinfacht werden, für die Pat. stellt das ganze Vorgehen eine reine Tortur dar, die im Falle einer schweren Erkennung gar nicht bewältigt werden kann.
7. Die Hürde ist für psychisch kranke Menschen viel zu hoch. Die Kassen setzen die Patienten unter Druck.
8. Die Geschichten der Patienten sind ungeheuerlich. Häufig wird Kostenerstattung pauschal abgelehnt, diese gebe es nicht (mehr). Mutige Patienten, die weiter nachfragen, werden an teils unmögliche Behandler verwiesen, z.B. einen Gynäkologen, der im Untersuchungsraum eine Couch neben dem Untersuchungsstuhl aufgestellt hat, um äußerst fragliche Psychotherapie anzubieten. Oder Vermittlung zu Kiju-Therapeuten, Therapeuten in Rente oder die über 30 km entfernt sind. Aufforderung, zunächst 5-10 Sprechstunden aufzusuchen. Druck von Seiten der Kasse, dem unpassenden Behandler eine Chance zu geben. Unterlagen zum Antrag auf Kostenerstattung werden ungeöffnet zurückgeschickt, Der medizinische Dienst wird selbst beim zweiten Widerspruch regelmäßig nicht mit einbezogen. Druck, den Widerspruch zurückzuziehen... ALLE Krankenkassen müssen ihrer Rechts- und Informationspflicht wieder nachkommen.
9. Deutliche Verschlechterung seit Richtlinienreform. Die GKV verhalten sich seitdem dreist, behaupten oft es gäbe keine Kostenerstattung mehr, "verlieren" Anträge und Unterlagen übermäßig häufig, Sachbearbeiter sind oft unfreundlich, Rechnungen werden oft erst nach vielen Wochen bezahlt, etc. Es gab vereinzelt auch schon vorher Probleme, seit der Richtlinienreform im April 2017 hat sich der Ton und die Haltung der GKV sehr zum Negativen hin verschärft.
10. Derzeit ist die Lage für die Patienten wirklich katastrophal, weil fast alle Anträge ohne stichfeste Begründung oder gar Prüfung abgelehnt werden - meist mit dem Hinweis, es bestehe kein Versorgungsproblem und der Patient könne ohne Weiteres einen Platz bei einem kassenzugelassenen Therapeuten aufnehmen. Sollte dies nicht direkt gehen, sei die Akutbehandlung zur Überbrückung da. Oft werden Patienten zudem in eine Endlosschleife von Sprechstundenterminen geschickt. Gute, qualifizierte Therapeuten können keinen Platz anbieten, weil sie von den Kassen nicht bezahlt würden. Zudem werden sie und die Patienten von den Krankenkassen herabwürdigend behandelt und die Therapeuten teil als "nicht qualifiziert" gegenüber den Patienten dargestellt.
11. Die Terminservicestellen arbeiten nicht gut. Sie geben vielen Patienten falsche Angaben und sind häufig unerreichbar. Viele Patienten glauben irrtümlicherweise, dass sie einen Therapieplatz bekommen, wenn sie einen Termin für ein Erstgespräch erhalten. Die Veränderung der Psychotherapierichtlinien hat nicht zu einer Verbesserung der Versorgung geführt, sondern zu einer Verschlechterung. Die Krankenkassen sollten generell wieder zur Akzeptanz des Kostenerstattungsverfahrens zurückkehren und es sollten mehr Kassensitze eröffnet werden.
12. Besonders schlimm finde ich, dass es offenbar von der Person des Sachbearbeiters abhängt, wie bzgl. Beantragung/Bewilligung entschieden wird. Es gibt keine Transparenz / Verlässlichkeit. Es ist zum Teil haarsträubend, welche Äußerungen die Sachbearbeiter den Patienten gegenüber machen. Entweder handelt es sich um völlige Unkenntnis des Sachverhalts oder um berechnendes, von oben angeordnetes Vorgehen, um die Patienten "abzuwimmeln" (z. B. "Kostenerstattung gibt es nicht mehr" oder "Wenn das Kreuz nicht bei "Akuttherapie" gemacht wurde, dann benötigt der Patient also auch keine Psychotherapie.") Der Zeitaufwand für eine gute Begleitung von Patienten, die den Weg der Kostenerstattung gehen wollen, steht in einem problematischen Verhältnis zu dem Nutzen bzw. dem Erfolg dieser Maßnahmen. Es ist unverschämte, wie lange sich einige Krankenkassen auch Zeit lassen, um auf einen Widerspruch abschließend zu reagieren. In einem Fall vergingen 4 Monate zwischen dem Eingang des Widerspruchs und dem Versenden des Widerspruchsbescheids, und das in einem Fall, wo es doch gerade darum geht,

- dass der Patient eben weniger als 3 Monate auf einen Therapieplatz warten soll, weil er dringend eine Behandlung benötigt!
13. Therapeutische Versorgung ist nun wie ein Haus bei dem die Eingänge vergrößert und die Räume dahinter verkleinert wurden" Es rufen trotz der Kennzeichnung als Privatpraxis immer wieder verzweifelte Menschen an, die keine TherapeutIn finden. In der Reform sehe ich nur eine Verschönerung (des Hauses im Sinne des Zitates) anstatt einer Verbesserung der Versorgungsstruktur.
 14. Anträge/ Widersprüche werden kategorisch abgelehnt - auf Kosten der Patienten - Dadurch lange Zeiten, bis bewilligte Therapie beginnen kann - Patienten werden am Telefon durch Krankenkassen beleidigt (Mitarbeiter oft genervt)
 15. Antragstellung noch komplizierter geworden - ist für die meisten Patienten nicht zu bewältigen - Krankenkassen lehnen Kostenerstattung "formlos" am Telefon ab - die meisten Patienten sind dadurch abgeschreckt und trauen sich nicht, überhaupt den schriftlichen Antrag zu stellen, weil sie negative Konsequenzen bei der Genehmigung fürchten- Honorierung nach GOÄ bei einigen Krankenkassen noch immer schwierig
 16. Antragsverfahren sehr belastend für die Patienten und auch kräftezehrend für Therapeuten - viel Energie und Zeit wird für Schreiben von Widersprüchen und Stellungnahmen aufgewendet, deutlich mehr als 2016 - einzelne Krankenkassen verbreiten falsche Informationen, schrecken die Patienten ab und setzen sie unter Druck, z.B. damit sie Widerspruch fallen lassen
 17. der durchgefochtene "Kampf" verbindet auch, beim Scheitern ist es aber eine weitere negative und entmutigende Erfahrung für die Pat., so dass ich kaum noch Anträge bei den besagten Kassen stelle - mache es nur noch bei Kassen die aussichtsreich sind, oder wenn Patienten den Weg trotz allem einschlagen will
 18. für Therapeut_innen: Aktuell sehe ich wenig Zukunft für die Kostenerstattung, da die Motivation aufgrund des erhöhten Zeitaufwands für Aufklärung, Formulare, Porto, Widerspruch, Anwälte etc. und wiederkehrender Ablehnungen immer mehr schwindet, dadurch Existenzängste und Frustration entstehen- DAK, Barmer und AOK Patient_innen werden ausgeschlossen, da ein Antrag sinnlos erscheint. Für die Patient_innen entstehen lange Wartezeiten, insbesondere bei Ablehnung und Widerspruchsverfahren, teilweise über 6 Monate- teilweise wird die Probatorik abgelehnt, nach Widerspruch soll dann aber ein Bericht für den Gutachter verfasst werden (IKK, TK)+ über die Kostenerstattung können Patient_innen individuell nach ihrem Bedarf suchen und müssen keinen zugewiesenen Platz über die TSS annehmen
 19. Entscheidungen der KK wirkten oft wie Willkür- Auskünfte einiger KK-Mitarbeiter am Telefon waren schauerlich ("gibt keine KE mehr")
 20. der bürokratische Aufwand (am Telefon, Schreiben) ist deutlich gewachsen. Die Patienten verstehen nicht, warum sie diesen Aufwand betreiben sollen. Im hiesigen Landkreis ist es so, dass ein Patient oft mehr als 30 (!) Kassen-Psychotherapeuten erfolglos anruft (Wartelisten sind geschlossen). Zusätzlich muss er/sie dann noch Sprechstunden (teils bei zwei verschiedenen!) Kassen-Psychotherapeuten aufsuchen
 21. Schwierigkeit besteht vor allem darin, dass die Kassen den Patienten immer wieder auf die Sprechstunde verweisen, obwohl diese schon die Sprechstunden besucht haben und der Therapeut bescheinigte (PTV 11), dass sie psychotherapeutischen Bedarf sehen, sie selbst aber keinen Platz anbieten können- Schwierigkeit zudem die lange Bearbeitungszeit der Kassen (4-6 Monate)
 22. viele Patienten trauen sich nach Kontaktaufnahme zur Krankenkasse nicht einen KE-Antrag zu stellen (Aussagen der Kassen: "KE existiert nicht", "wird sowieso abgelehnt"), so dass es bei einmaliger Kontaktaufnahme bleibt
 23. Umständliche und langwierige Beantragung (erst für Probatorik, dann für Therapie) – jedesmal erneut viele Formulare und Nachweise, die vom MDK in der Auflistung benannt, im Gesamturteil dann aber ignoriert werden (Bescheinigungen vom FACHARTZ)
 24. Unzumutbare Wartezeiten und Kämpfe für die Patienten, z.T. mit schwerer Verschlechterung der psychischen Symptomatik, in drei meiner Fälle mit Suizid-Versuchen in der Phase nach Ablehnung, z.T. Notwendigkeit von stationären Klinikaufenthalten, auch mit Zwangseinweisung- enorme zusätzliche

Arbeitsbelastung für Psychotherapeuten, die u.a. dazu führt, dass ich GKV-Versicherte immer öfter pauschal ablehne --> Verschärfung der Zwei-Klassen-Medizin

25. Verknennung des Bedarfs der Psychotherapiesuchenden und Versorgungsengpässe durch Vertragstherapeuten durch die Kassen
26. Es gibt sehr viel sehr gut ausgebildete Psychotherapeuten, welche den Pat. eine hochwertige Behandlung anbieten können. Die Pat., welche von niedergelassenen Therapeuten oft abgelehnt werden (aufgrund von mangelnder Kapazität oder der Schwere der Erkrankung) finden doch noch einen Behandlungsplatz.
27. Unklarheiten bei allen beteiligten - Krankenkassenmitarbeitern, Kassensitzkollegen, etc. hinsichtlich für welchen Fall ist eigentlich die sog. "Akuttherapie" gedacht, Unklarheiten bzgl. Unterschiede zwischen Akuttherapie und Richtlinienpsychotherapie. Mehrfachschleifen für die Antragstellenden Patienten zwischen Therapieplatzsuche und TSS. TSS vermitteln nur Erstgespräche, keine Therapieplätze, Krankenkassen denken aber, dass TSS das tun. TSS haben keine Ahnung über die inhaltlichen Ausrichtungen der Therapeuten an die sie vermitteln, woher auch.
28. Das Kostenerstattungsverfahren war bereits hoch belastend; nun ist es für suchende Patienten eine Schikane.
29. Ganz schwierige Situation für Patienten: trotz Rechtsanspruch machen die Krankenkassen, was sie wollen- völlig willkürlich und nicht transparent. Patienten werden schikaniert und hingehalten. Pat. müssen vorher zu Sprechstunden und von sich erzählen, obwohl oft schon klar ist, dass diese Therapeuten keinen Platz haben- gerade für Kinder und Jugendliche unzumutbar!2. Ganz schwierige Situation für Psychotherapeuten: Patienten kommen ohnehin schon "erschöpft" und verwirrt bei mir an, nach langer Suche, vielen Absagen, in Sorge um ihre Kinder und betteln förmlich um einen Therapieplatz; ich kann als Therapeut kaum verbindlich sein, da nie klar ist wie die Kassen reagieren, trotz Schweigepflichtentbindung nehmen die Kassen kaum Kontakt zu mir auf, ich bin der Willkür der Kassen ausgesetzt
30. Ist sowohl für Patienten als auch für Psychotherapeuten unzumutbar, denn schon die Probatorik findet im Rahmen der Ungewissheit einer Kostenübernahme statt. Gesetzlich Versicherte erhalten nicht zeitnah die indizierte Behandlung, damit droht ihnen eher: längere Arbeitsunfähigkeitszeiten, ggf. Berufsunfähigkeit, Frühberentung und existenzielle Schwierigkeiten
31. Die Gespräche mit oft in starken Krisen befindlichen Patienten sind für sie und auch für mich eine starke Belastung (zwei Klassen Gesundheitssystem). Ich bemühe mich oft in längeren Gesprächen sie zu ermutigen und zu trösten und gebe ausführliche Informationen, wie sie vielleicht doch an einem Therapieplatz gelangen können.
32. Aktuell aufgrund der hohen Ungewissheit und zahlreichen Ablehnungen für Therapeuten und Patienten kaum zumutbar. Nach der Probatorik werden teils geforderte Berichte ungeöffnet zurückgeschickt, sodass eine Abrechnung sowie Beginn der Therapie nicht möglich ist. Für Pat. führt dies zu Resignation (Beziehungsabbruch, nicht schon wieder von vorne beginnen und zahlreiche Absagen erhalten), für Therapeuten zu Frust und Honorarausfall. Daher haben wir uns vorerst entschlossen Anfragen von GKV-Pat. abzulehnen, bis die Situation sich verändert oder wenn Pat. im Vorfeld eine schriftliche Genehmigung ihrer Krankenkasse haben (in besonders schweren Fällen wird dies offenbar doch gemacht).
33. Aktuell wird es zunehmend schwieriger für Versicherte, in der Situation als erkrankter Suchender zeitnah einen dringend benötigten Therapieplatz zu finden.
34. Aktuell wird Kostenerstattung von allen mir bekannten Kassen abgelehnt.
35. AKUT Erkrankte sind oft resigniert und geben die Therapieplatzsuche auf, insbesondere nach Traumatisierungen.
36. Alle angefragten Kassen bis auf wenige, meist kleinere lehnen grundsätzlich die Erste Beantragung ab. Dies bedeutet eine zeitliche Verzögerung von 6-8 Wochen bis die Therapie begonnen werden kann. Viele verzweifelte Patienten sind bereit die Therapie selbst zu zahlen, was nicht Sinn der GKV Versorgung ist!! Patienten von "schlechten Kassen" AOK, BARMER werden oft durch Kollegen grundsätzlich für das Kostenerstattungsverfahren abgelehnt (da Erfolgsaussichten zu gering), was zu einer noch schlechteren Versorgung und Selektivität führt. Hier muss sich deutlich etwas ändern, das ist wirklich nicht in Ordnung.

37. Arbeite als Psychoonkologin/Palliativtherapeutin. Bis 2017 waren die meisten Kassen bereit, die fachlich fundierte Betreuung ihrer krebsbetroffenen Versicherten per Kostenerstattung zu unterstützen. Für diese Patientengruppe hat sich die Situation insofern dramatisch verschlechtert, als sie nun - bei aller ohnehin bestehenden körperlichen und seelischen Belastung - auch noch zu Sprechstunden geschickt werden (ist vielen gar nicht möglich), um dann zu erfahren, dass sie ein halbes bis ein Jahr auf einen Platz warten müssen, was häufig nicht einmal ihrer prognostizierten Überlebenszeit entspricht. Insofern bleibt diese Patientengruppe nun nahezu unversorgt!! Dazu kommt, dass ich als Nicht-Vertragspsychotherapeutin Hausbesuche für diejenigen Patienten anbieten kann, die nicht in der Lage sind, in die Praxis zu kommen. Das tun Vertragstherapeuten so gut wie nie. Insofern bot die Kostenerstattung diese einmalige Möglichkeit.
38. Auf dem derzeitigen Weg der KE möchte ich keine Patienten mehr behandeln. Die Situation ist mir und meinen Patienten nicht mehr zumutbar. Auch Verlängerungsanträge werden z.T., auch nach Widerspruch, mit Verweis auf Selbsthilfegruppen abgelehnt.
39. Auf dem Rücken der leidenden Patienten wird die unzureichende Versorgung durch Kassentherapeuten betrieben. Die allseits bekannte Mangelsituation ist durch den zusätzlichen Aufwand mit Sprechstunden + Akuttherapie bei den Kassenpsychologen noch verschärft worden. Die Haltung der Kassen ist völlig unverständlich, da vermeidbare stationäre Aufenthalte, die durch diese Situation entstehen, wesentlich teurer und für die Patienten belastender sind.
40. Auffälligste Veränderung für mich: Die Zahl der gesetzlich Versicherten, die bei mir nach einem Therapieplatz anfragen, hat sich drastisch verringert. Während ich bis 2016 noch mehr Anfragen bekam, als ich GKV-Versicherte behandeln konnte, gab es seit April 2017 kaum noch Anfragen von GKV-Versicherten, in 2018 bislang noch gar keine. Bei den wenigen Patienten, die noch anriefen, und denen ich einen Platz anbieten konnte, zog sich das Antragsverfahren über jeweils mehr als 6 Monate hin, was für die Patienten eine Zumutung und für mich ein erheblicher Zusatzaufwand war. Inzwischen versuche ich, verstärkt privat versicherte Patienten zu akquirieren.
41. Problem, dass durch die Sprechstunde Patienten unfreiwillig auf Wartelisten enden oder nur sehr unregelmäßig Termine bekommen können, weil KV-Kollegen die Lücken mit ihnen füllen selbst mit anwaltlicher Unterstützung lassen es die Kassen bis zur Klage kommen, dort dann nur Einzelfallentscheidungen, so dass es keine Präzedenzurteile gibt
42. Aufgrund er Gesetzesänderung vom 1.4.2017 biete ich keine Kostenerstattung mehr an. In einem Fall (BKK mobil oil), hat die Kasse nach genau einem Jahr nun den Antrag auf Kostenerstattung nach Widerspruch abgelehnt. Sieben Monate lag der Antrag bei einem Widerspruchsausschuss ohne Ergebnis. Ein ausführlicher Antrag für den MDK wurde ungeöffnet zurückgeschickt. Das sind unzumutbare Situationen für alle Beteiligten. Der Patientin wurde eine Liste von Therapeuten gegeben, die sie kontaktieren sollte und die freie Plätze hätten, dabei ist in keinster Weise darauf Rücksicht genommen worden, dass die Patientin diese Praxen aufgrund von Gehbehinderung nicht erreichen könne.
43. Beantragung stellt große Hürde und Belastung für die eh schon belasteten Patienten dar, viel Frust auch auf Therapeutenseite, hoher Zeitaufwand, immer wieder nur Verweis auf TSS ohne alternative Hilfs- oder Behandlungsmöglichkeiten, Widersprüche zwecklos da sie fast immer auch wieder abgelehnt werden, den Patienten wird eingeredet dass die TSS schnell einen Therapieplatz vermittelt ohne aufzuklären dass es sich dabei nur um ein Erstgespräch handelt und sie danach wieder vor demselben Problem stehen
44. Bei Verlängerungen von laufenden Behandlungen funktioniert es noch gut und oft schnell, zumindest bei Schmerzpatienten, die für die Kasse teuer sind
45. Kostenerstattung für eine spezialisierte Therapie (z.B. sexualmedizinischer/sexualtherapeutischer Schwerpunkt) zu bekommen, scheint ggw. noch besser möglich
46. Besonders schlimm finde ich", dass es offenbar von der Person des Sachbearbeiters abhängt, wie bzgl. Beantragung/Bewilligung entschieden wird. Es gibt keine Transparenz / Verlässlichkeit. Es ist zum Teil haarsträubend, welche Äußerungen die Sachbearbeiter den Patienten gegenüber machen. Entweder handelt es sich um völlige Unkenntnis des Sachverhalts oder um berechnendes, von oben angeordnetes Vorgehen, um die Patienten "abzuwimmeln" (z. B. "Kostenerstattung gibt es nicht mehr" oder "Wenn das Kreuz nicht bei "Akuttherapie" gemacht wurde, dann benötigt der Patient also auch keine Psycho-

therapie.") Es ist unverschämt, wie lange sich einige Krankenkassen auch Zeit lassen, um auf einen Widerspruch abschließend zu reagieren. In einem Fall vergingen 4 Monate zwischen dem Eingang des Widerspruchs und dem Versenden des Widerspruchsbescheids, und das in einem Fall, wo es doch gerade darum geht, dass der Patient eben weniger als 3 Monate auf einen Therapieplatz warten soll, weil er dringend eine Behandlung benötigt! Der Patient hat inzwischen eine Klage beim Sozialgericht eingereicht. In Berlin kann das gut und gerne ein Jahr (!) dauern, bis es da zu einem Urteil kommt!

47. Insgesamt ist das Prozedere weder für Patienten noch für Therapeuten wirklich zumutbar, aber es gibt zumindest einige Kassen, die es beiden leichter machen. Positiv hervorzuheben ist außerdem, dass die Knappschaft als einzige mir bekannte Kasse die Gutachteranträge anonymisiert zu einem unabhängigen Gutachter schickt und nicht wie die anderen Kassen zum MDK (was aus meiner Sicht sowohl aus Gründen der Schweigepflicht als auch aus "Vetternwirtschaftsgründen" absolut unhaltbar ist).
48. Die TK hingegen weitete die Bearbeitungsfrist aus, indem ein alternativer GKV-Therapeut zu mir genannt wurde, der dann doch keine Kapazität hatte, bis die Pat. aufgab und zur Selbstzahlerin wurde. Ich hatte mehrere Anfragen von wiederholt suizidalen Pat. (in einem Fall mit Kleinkind), die seit durchschnittlich 8 Monaten aufgrund schwere Diagnose (Borderline) erfolglos bei niedergelassenen Kollegen suchten, aber von AOK gesagt bekamen Kostenerstattung würde nicht mehr übernommen. Pat. waren zu schwer betroffen, um "weiterzukämpfen", obwohl es hier fahrlässig war. Damit wird Psychotherapie noch selektiver...die die es am nötigsten brauchen, werden durch diese Hürden ausgeschlossen.
49. Da Kostenerstattung seit 04/2017 von nahezu allen Krankenkassen abgelehnt wird und Patienten meist aufgrund ihres psychisch labilen Zustands nicht in der Lage sind, ein Widerspruchsverfahren aufzunehmen und durchzuhalten, ist der Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren dadurch so gut wie blockiert. Private Praxen müssen ihre Tätigkeit in Folge aufgrund existentieller Schwierigkeiten aufgeben. So ich auch die meinige... Es gibt daher demnächst noch weniger Behandler und daher eine noch größere Versorgungslücke. Sprechstunden ersetzen keine Behandlungsplätze für eine ambulante Therapie!!
50. Die Behandlung von Sachbearbeitern der Krankenkassen gegenüber mir als Behandler innerhalb der Kostenerstattung ist herablassend. Ebenso ist das Prüfverfahren über den MDK zur Genehmigung der Anträge problematisch. Hier werden willkürlich Maßstäbe der Inhalte der Anträge gesetzt, die nicht mit der Anforderung von PTV3 übereinstimmen. Also ist auch hier der Aufwand für den Therapeuten im Gegensatz zur Vertragspsychotherapie höher.
51. Da der Bedarf durch reguläre KV-Plätze nicht abzudecken ist, sollten die GKV die Kostenerstattung unterstützen, auch um Folgekosten durch evtl. notwendig werdende stationäre Aufenthalte zu vermeiden.
52. Das Antragsverfahren der Kostenerstattung ist für die Patienten unverhältnismäßig aufwändig. Häufige Ablehnungen verursachen Verschlechterungen und stellen eine hohe psychische Belastung der Patienten. Diese fühlen sich verzweifelt, allein gelassen und missverstanden. Oftmals reicht die Kraft nicht aus für Widersprüche. Unfreundliches Abwimmeln von Patienten durch Sachbearbeiter/innen ist inakzeptabel. Offensichtliches suchen nach "dem Haar in der Suppe" und Ablehnung aus fadenscheinigen Gründen bei ausführlich und individualisiert geschriebenen Antragsberichten ist absolut demotivierend. Gutachter des MDK sind persönlich für Rückfragen nicht zu erreichen, lassen sich verleugnen, rufen nicht zurück.
53. Das Antragsverfahren stellt für viele Versicherte eine starke Belastung dar, viele sind dieser nicht gewachsen und geben auf. Das Verfahren wird verschleppt, die KK erteilen Fehlinformationen (Z.B. das Kostenerstattungsverfahren gebe es nicht mehr), was zu Verunsicherung auf Seiten der Patienten führt. Anträge werden z.T. aus haarsträubenden Gründen abgelehnt.
54. Das generelle Problem des Gutachterverfahrens erwähne ich nur am Rande. Abschaffung der Kostenerstattung sei das Ziel: so formulieren es einige Sachbearbeiter der GKV und das ist deutlich spürbar. Katastrophal: Versicherte werden hin und wieder gebeten, alle Unterlagen inkl. des Berichtes an den Gutachter zu Prüfzwecken einzureichen. Ohne dass zuvor probatorische Sitzungen bewilligt wurden und die Kostenübernahme für Probatorik und Antragstellung zugesagt wird.
55. Die psychotherapeutische Sprechstunde ist in vielen Fällen nur eine Gelegenheit zur ersten Diagnostik und Beratung. Selbst wenn eine dringende Behandlungsnotwendigkeit für eine Langzeit-Richtlinien-Psychotherapie vorliegt, kann diese nur selten in der jeweiligen Praxis durchgeführt werden. Fair wäre, wenn die GKV in solcher Situation entweder auf freie Behandlungsplätze bei Vertragspsychotherapeuten verweisen würde oder unmittelbar und zügig den Weg in die Kostenerstattung unterstützen würde.

- Durch Fehlinformationen von Kassenmitarbeitern oder unfaire Taktiken wie z.B. das Verlieren von Unterlagen, nicht Bearbeiten von Unterlagen, durch Vorenthalten einer schriftlichen Ablehnung, Ablehnung ohne fachlicher Prüfung, wird nur die zeitnahe Behandlung verhindert. In vielen Fällen, ist es dann noch nicht einmal möglich den bestehenden Rechtsanspruch juristisch einzuklagen. Dafür bräuchte der Patient eine korrekte schriftliche Ablehnung.
56. Besonders absurd ist es wenn Patienten mehrmals Sprechstunden in Anspruch nehmen, um jedes Mal zu hören, „ja Sie brauchen dringend eine Psychotherapie und auch mehr als 12 Sitzungen, aber in dieser Praxis besteht leider die Möglichkeit dafür nicht.“ Nach entsprechender Indikationsstellung sollte eine weitere Sprechstunde nur in Praxen wahrgenommen werden, die auch Kapazitäten für eine ggf. notwendige Behandlung haben. Alles andere verschwendet kostbare Behandlungskapazitäten. Aber genau das geschieht zu Hauf!
 57. Ich erlebe, dass die Patienten häufig nicht in der Lage sind, die immer weiter steigenden Anforderungen der GKV-en zu erfüllen (Sprechst., Dringlichkeitsbescheinigung, Ablehnungen einholen,..). Sie befinden sich in einer Notlage und werden von den Sachbearbeitern abgewehrt und hingehalten. Zum Teil erhalten sie unprofessionelle Ratschläge der Sachbearbeiter, die weder die Störungsbilder noch deren Behandlungsbedarf verstehen.
 58. das schwierigste finde ich die absolut willkürlich erscheinende sehr unterschiedliche Behandlung von Kostenerstattungsbeantragenden. teilweise werden Minikontingente genehmigt, die kaum einen Verlauf schildern lassen, es werden Auflagen erteilt, die unumsetzbar sind und, und das finde ich das aller schlimmste, Anträge werden immer öfter einfach liegengelassen. Es dauert immer länger, Fristen gibt es laut Kassen im Rahmen von KE nicht, es wird behauptet, es sei kein Antrag eingegangen, und das erst, wenn die Beantragende nachfragt, ich persönlich bekomme fast nie eine direkte Rückmeldung und die Form, in der die Antragstellenden den Nachweis von 10 Ablehnungen dokumentieren müssen, grenzt an Psychoterror.
 59. Das Verfahren der Kostenerstattung ist viel zu langwierig, die Patienten werden nicht versorgt. Ich habe viele Anfragen von psychiatrischen Patienten, die bei niedergelassenen Kollegen gar keinen Platz finden. Die Pat. bleiben dann tatsächlich unversorgt oder müssen wieder stationär aufgenommen werden.
 60. Der Bedarf an Plätzen ist unverändert hoch, die Möglichkeit über Kostenerstattung einen Therapieplatz ZU BEKOMMEN, VERSCHLECHTERT SICH.
 61. Der Bedarf für Kostenerstattung ist da und könnte durch die Offenlegung der Zahlen durch die Krankenkassen (diese wissen ja genau, wie viele Anträge eingehen und wie viele davon bewilligt und abgelehnt werden) auch ohne großen Aufwand statistisch erhoben werden. An diesen tatsächlichen Bedarf könnte die Bedarfsplanung angepasst werden, denn diese entspricht mit Stand 1999 natürlich nicht dem tatsächlichen Bedarf.
 62. Der Rechtsanspruch auf Kostenerstattung wird ad absurdum geführt. Trotz Dringlichkeitsbescheinigungen und eindeutigen Indikationen wird das Verfahren in die Länge gezogen. Nur "hartnäckige" Patient*innen kommen zum Erfolg bzw. langfristig zu einer Bewilligung. Der Rest der Patient*innen bleibt auf der Strecke.
 63. Der Versuch der gesetzlichen Krankenkassen die Kostenübernahme über das Kostenerstattungsverfahren zu umgehen, indem sie Patienten sagen, dass Wartezeiten von mehr als 6 Monaten zumutbar seien, weil sie die Möglichkeit hätten, eine Akutbehandlung oder eine stationäre Aufnahme zu vollziehen, schadet vielen Patienten deutlich. Die Psychiatrien können den Ansturm an Hilfesuchenden nicht angemessen auffangen, sondern die Patienten nur verwahren, wenn überhaupt. Viele Patienten erhalten keine angemessene und indizierte Behandlung, wenn sie sie brauchen und zum Teil auch gar nicht. Die Situation hat sich für die Patienten deutlich verschlechtert.
 64. Derzeit ist die Lage für die Patienten wirklich katastrophal, weil fast alles Anträge ohne stichfeste Begründung oder gar Prüfung abgelehnt werden - meist mit dem Hinweis, es bestehe kein Versorgungsproblem und der Patient könne ohne Weiteres einen Platz bei einem kassenzugelassenen Therapeuten aufnehmen. Sollte dies nicht direkt gehen, sei die Akutbehandlung zur Überbrückung da. Oft werden Patienten zudem in eine Endlosschleife von Sprechstundenterminen geschickt.
 65. Beantragung mit einem Standardschreiben ohne tatsächliche Prüfung abgelehnt.
 66. Sachbearbeiter sind oft unfreundlich, Rechnungen werden oft erst nach vielen Wochen bezahlt

67. Die Ablehnungsgründe der KK werden immer fadenscheiniger und faktisch falscher. Sehr viele orientierungslose Patientenanfragen, die der Aufklärung über die Versorgungsmöglichkeiten bedürfen, was einen großen Zeitaufwand bedeutet. Viele verzweifelte Anrufe besonders von AOK, BARMER und DAK-Versicherten, die bereits die TSS angerufen haben und in Sprechstunden bei niedergelassenen Kollegen waren, um dann mit dem PTV 11 Schein vor demselben Problem fehlender Vermittlung zu stehen. Der Weg hat sich einfach nur verlängert und der fehlende Therapieplatz ist lediglich zeitlich aufgeschoben. Stark traumatisierte Patienten können sich schwer gegen die Vermittlung an nicht passende Therapeuten (z.B. männlich. bei sexuell traumatisierten Frauen) wehren.
68. Die Aufgabe des Versorgungsauftrags wird zu Ungunsten der Versicherten auf die einzelnen Versicherten verschoben. Wer fit genug ist und Ausdauer hat, kann sicher einen Platz in einer Kassenpraxis bekommen (und wird dort auch gern genommen). Die schwer betroffenen werden diesen Weg nicht gehen und auch keinen Platz einklagen, das ist ein Recht, was gesetzlich verankert ist aber wenig praxisrelevant. Da ist der Weg in eine Klinik, in eine Sucht oder in dissoziales Verhalten sehr viel einfacher
69. Die neue Psychotherapie-Richtlinie verbessert nicht die Versorgungssituation, sondern verschlechtert sie (durch Sprechstunden, Telefonzeiten, Akutversorgung geht Zeit für die Durchführung von Richtlinienpsychotherapien verloren)
70. Datenschutz der Klienten über den MDK nicht gewährleistet
71. Die derzeitige Situation in Bezug auf Kostenerstattung von Psychotherapie ist skandalös und gesetzwidrig. Bei den Praktiken den GKV geht es um das Erzielen finanzieller Ersparnisse auf Kosten psychischer Gesundheit ihrer Versicherten. Besonderheit: viele gesetzlich Versicherte, bei welchen eine dringende Indikation für Psychotherapie besteht, sind Flüchtlinge oder ältere Einwanderer, die Deutsche Sprache nicht in dem Umfang beherrschen, dass eine deutschsprachige Psychotherapie für sie möglich und sinnvoll wäre. Eine Integration kann jedoch ohne psychische Gesundheit nicht gelingen. Dass diesen Versicherten eine Kostenerstattung von Psychotherapie bei einem sprachlich geeigneten außervertraglichen Psychotherapeuten grundsätzlich verweigert wird, ist ein skurriles Vorgehen. Dadurch verletzen die Krankenkassen ihre Versorgungspflicht.
72. Die derzeitigen Schwierigkeiten tragen zur Chronifizierung der Symptomatik bei Patienten bei. Patienten, die stabil aus der Klinik entlassen wurden, finden keine schnelle Anschlussbehandlung, so dass eine erneute Symptomverschlechterung eintritt. Hierdurch wird häufiger eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen was höhere Kosten verursacht und dem Patienten langfristig nicht hilft.
73. Aufforderung, zunächst 5-10 Sprechstunden aufzusuchen. Unterlagen zum Antrag auf Kostenerstattung werden ungeöffnet zurückgeschickt, Der medizinische Dienst wird selbst beim zweiten Widerspruch regelmäßig nicht mit einbezogen. Druck, den Widerspruch zurückzuziehen.
74. Da diese Kassen das Widerspruchsverfahren verschleppen bis die Patienten in ihrer Hilflosigkeit aufgeben, was unverantwortlich ist!!! Dadurch sind die Kassen zwar die außerordentlich hohen Kosten einer Psychotherapie los und wälzen diese dann an einen anderen Topf (Arbeitsunfähigkeit, Rentenversicherung, Jobcenter ab...) wer soll das verstehen??? Leidtragende sind die Patienten
75. Die grundsätzliche Idee einer Terminservicestelle finde ich im Sinne einer besseren Patientenversorgung zunächst mal sinnvoll. Oftmals haben Pat. dort aber bis zu DREI Wochen lang bei mehrfachen Anrufen pro Tag niemanden erreicht. Das ist unzumutbar!!! Zudem schaffen diese Servicestellen auch keine neuen freien Therapieplätze. Die Kassen verlangen von den Pat. im Rahmen der Kostenerstattung einen immer höheren Einsatz. Es kommt vor, dass ein Pat. eine Liste mit bis zu 35 kontaktierten niedergelassenen Kollegen bei seiner Kasse einreicht, nur um von dieser dann eine weitere Liste mit Vertragstherapeuten zum "Abklappern" zugeschickt zu bekommen. Auf dieser Liste stehen dann größtenteils die eh schon angefragten Kollegen drauf. Außerdem kommt es erstaunlicherweise immer öfter vor, dass den Kassen angeblich noch Dokumente fehlen, die aber schon eingereicht wurden. Im Übrigen werden die Unterlagen und sogar Rechnungen für bereits länger laufende Therapien seit Sommer 2017 auch immer mal wieder gerne "auf dem internen Postweg" verloren.
76. Vor der Regelung habe ich einige Patienten über Kostenerstattung versorgt, die besonders krank waren (Langzeitpatienten, viele Komorbiditäten, schwere Störungsbilder) und bei denen mich die behandelnden Psychiater gebeten hatten, den Fall zu übernehmen.
77. Die KK Mitarbeiter glauben, dass die Versorgung (Bedarfsplanung) gedeckt und KE unnötig (Fehlinformation), die Zermürbungstaktik und das lange Verfahren bis zum Therapiebeginn ist so kräftezehrend

- für PT und Patient, dass nur relativ stabile Patienten (oder mit VIEL Unterstützung vom PT) das überhaupt durchstehen --> Symptome verschlechtern sich fast immer deutlich... aber warten auf irgendwann mal Kassentherapeut ist auch nicht möglich. Patienten werden strategisch krank gemacht und müssen oft Medikamente nehmen, weil Hilfe aktiv ferngehalten wird.
78. Die KK scheinen kaum zu einer Kooperation bereit, was dazu führt, dass Pat. in Sprechstunden und Ambulanzen hin und her gereicht werden und keine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Psychotherapie bekommen. Gerade Pat., die keine sehr hohen Ressourcen haben, für ihre Anliegen zu kämpfen, bleiben auf der Strecke,
 79. Die Kostenerstattung ist eindeutig nicht erwünscht und ein "Politikum". Da wird auch nicht davor zurückgeschreckt, die Patienten mit Halbwahrheiten oder sogar Fehlinformationen abzuspeisen. Mitunter wird bei den Patienten der Eindruck entdeckt, als handele es sich bei Kostenerstattern um Therapeuten 2. Klasse
 80. Die Kostenerstattung ist eine Notlösung für Patienten, die aber meist nur von sehr gebildeten und kämpferischen Menschen durchgesetzt werden oder wenn sozial schwächere von solchen Menschen unterstützt werden. Auffällig ist, dass selbst sehr unwillige Krankenkassen Kostenerstattungen übernehmen, wenn Patienten psychisch schwerst beeinträchtigt sind und eine Vielzahl an Klinikaufhalten hinter sich haben. Im Vergleich mit meinen in Kassenzulassung niedergelassenen Kollegen arbeite ich und andere Kostenerstattungskollegen mit deutlich kränkeren, chronifizierten Menschen.
 81. Die Kostenerstattung ist eine wichtige Möglichkeit, die Versorgungslücken auszugleichen und PatientInnen schneller in die psychotherapeutische Versorgung zu bringen.
 82. Patienten in Not werden nicht mehr versorgt: Depressive Pat. die aufgrund ihrer Symptomatik nicht ausreichend für einen Therapieplatz kämpfen können, sozial Ängstliche Pat. die nicht unzählige Telefonanrufe leisten können, Pat mit plötzlichen körperlichen Erkrankungen mit sehr kurzer Lebenserwartung (z.B. Glioblastom multif.), alleinerziehende Pat mit Beruf und Panikattacken...Für nur mittelgradig Therapiemotivierte ist die Schwelle zu hoch. (ZB externalisierende Störungen, alkoholkranker Vater der Kinder anschreit und schlägt und merkt vielleicht möchte er was ändern). Die Gesellschaft wird dafür einen Preis zahlen!
 83. Es "verschwinden" systematisch per Post geschickte Anträge bei den Krankenkassen. Selbst per Einschreiben geschickte Anträge sind plötzlich im System nicht mehr auffindbar. Dies verzögert den Prozess teilweise um Monate.
 84. Ein leitender Angestellter der TK sagte mir: "Wie sind nicht an der Ausweitung der Kosten durch Kostenerstattung interessiert. Deswegen lehnen wir Kostenerstattung ab."
 85. Ein depressiver Patient hat oft nicht mehr die Kraft, sich diesen Hindernissen zu stellen. Eine unbehandelte Depression entwickelt oft eine chronische Symptomatik die sich verstärkt und mit weiteren somatischen Symptomen einhergeht. Das führt zu weit höheren Kosten und Arbeitsunfähigkeit.
 86. den Patienten wird suggeriert, dass die Versorgungssituation nun viel besser sei als in den Vorjahren. Auch die Krankenkassen scheinen das zu glauben (die Patienten inzwischen nicht mehr). Insofern ist es jetzt ein leichtes, auf die psychotherapeutische Sprechstunde bzw. die TSS zu verweisen
 87. Die Patienten haben ein Recht auf Kostenerstattung. Die Krankenkassen lügen und betrügen vor der Nase der Gesundheitspolitiker (BMG) und lassen ihre Versicherten hängen. Besonders dramatisch sind Wartezeiten für Kinder, weil ihre Entwicklung bei ausbleibender Behandlung bedeutsamen Schaden nehmen kann und Schulbausteine ggf. nicht absolviert werden können so dass die Bildung leidet.
 88. Lange Wartezeiten und "Hinhaltetaktiken" der Krankenkassen führen zu Chronifizierungen und zu teuren Klinikaufhalten der Patienten. Nach einem Klinikaufhalt bekommen diese Patienten jedoch auch keinen Therapieplatz und der Kreislauf beginnt von vorne.
 89. Es auch unzumutbar zum Beispiel Angstpatienten, die es kaum schaffen vor die eigene Haustür zu gehen 65 km zum Erstgespräch zu schicken und dann auch noch zu hören, ja sie brauchen Therapie aber ich bin voll. Dann geht alles wieder von vorne los.
 90. Einmal meinte der Anwalt, die Kasse müsste sich schämen, so offensichtlich falsch mit dem Recht umzugehen (Einmal kam ein Krankenkassenschreiben voller Paragraphen, ich habe nichts verstanden.)!

91. Ein großes Problem ist, dass die Kassen ausschließlich auf die TSS verweisen. Der Pat. muss zu einem Erstgespräch - um dann dort zu erfahren, dass er dort aber keinen Platz bekommen kann
92. Für eine angemessene Bedarfsplanung wäre es außerdem sehr hilfreich, wenn die Kassen wenigstens Statistiken dazu rausgeben würden, wie viele Therapien in Kostenerstattung bewilligt worden sind.
93. Prinzipiell ist die derzeitige Situation für Patienten unzumutbar und sie werden immer wieder hingehalten, bis sie teilweise keine Kraft mehr haben und sich dem Vorgehen geschlagen geben/ in die Klinik gehen/ aufgeben.
94. Es bedarf einen hohen Aufwand- besonders die sehr belasteten Familien schaffen die Antragstellung nicht ohne Hilfe- sehr hoher unbezahlter Aufwand für den Psychotherapeuten (Formulare zusammensetzen, Erstgespräche umsonst-> damit man einen Gutachterbericht verfassen kann,...) - Je nach Krankenkasse wird die Kostenerstattung im Einzelfall bei guter Argumentation (notwendige Ortsnähe für die Selbstständigkeit des Kindes, Entlastung des Elternhauses, kürzere Wartezeiten, psychische Belastung eines Elternteils,...) genehmigt. Es gibt sehr sture Krankenkassen, die selbst die Widersprüche ablehnen (BARMER!!!) Vertragstherapeuten schicken Patienten zu mir in der Hoffnung, dass ich sie entlasten kann!!! Alle Ärzte meines Ortes melden bei mir großen Bedarf für KJP- Versorgung an, KiJu- Psychiater melden sich aus dem 25 km Umkreis und bekunden ihre Erleichterung über eine neue KJP Praxis in meinem Ort
95. Es bekommen nur die PatientInnen einen Platz, die intelligent, ausdauernd und hartnäckig sind. Die schwächeren (und Hilfe bedürftigeren) bleiben auf der Strecke.
96. Es findet Rechtsbeugung durch die Krankenkassen in dramatischem Ausmaß statt. Die Patienten werden durch Pseudoangebote wie Sprechstunde und Akutbehandlung hingehalten. Das Systemversagen wird von den Krankenkassen durch Pseudoargumente wie Sprechstunde und Akutbehandlung verschleiert. Oft werden Argumente schlichtweg ignoriert. Es findet anscheinend oft keine Einzelfallentscheidungen statt, sondern es scheint eine rigorose Linie zu geben, die bei Entscheidungen der Krankenkassen durchgesetzt wird, zur Not unter Hinnahme haarsträubender Sachverdrehungen und Verleugnungen von Argumenten.
97. Es ist aber ein absoluter Irrglaube, dass man durch Verschleppen von Psychotherapie Geld sparen kann. Wer klug ist, weiß genau, dass eine gute und möglichst früh angesetzte Therapie viel Geld spart. Viele meiner Patienten sind nach der Therapie auch in einem körperlich viel besseren Zustand und weniger krankheitsanfällig als vorher.
98. Ich erhalte immer wieder Anfragen von Patienten, die über 50 Therapeuten anrufen und trotzdem keinen Platz bekommen.
99. Der Verweis der KK auf die Akutbehandlung bzw. Aufsuchen der PIA der Kliniken verzögert die Aufnahme der PT und fördert Chronifizierung. Der damit verbundene Behandlerwechsel erschwert die Bildung des Arbeitsbündnisses als Grundvoraussetzung für den therapeutischen Erfolg. Die Richtlinie vom 1.4. 2017 hat den KK ein Instrumentarium an die Hand gegeben, weitere Hürden für die therapiesuchenden Menschen zur Erreichung einer notwendigen psychotherapeutischen Behandlung zu errichten. So argumentierte z.B. die TK gegenüber einem Auszubildenden, der vom Arbeitgeber 2.5 Std pro Woche hätte freigestellt werden müssen, um die angebotene Therapeutin zu erreichen, es habe kein Versorgungsnotstand vorgelegen, der die Inanspruchnahme nach §13 Abs. 3 SGBV gerechtfertigt hätte, da persönliche Gründe nicht ausreichen, um den Platz abzulehnen. Eine Argumentation der DAK gegenüber dem formgerechten Antrag nach § 13 Abs. 3 SGB V der Patientin, die eine von der KK empfohlene ärztliche Kollegin wegen des fehlenden Vertrauensverhältnisses ablehnte und die hiesige Therapeutin präferierte, "das Vertrauensverhältnis habe sich ja auch mit der ärztlichen Kollegin entwickeln können, wäre sie häufiger hingegangen
100. Die psychotherapeutische Versorgung insgesamt hat sich deutlich verschlechtert. Gesetzlich Versicherte bekommen nur noch eine Minimaltherapie, werden möglicherweise vermehrt mit medikamentösen oder online-Therapieangeboten konfrontiert.
101. Lässt sich ein Patient auf diesen mühsamen Weg ein, wird er in den meisten Fällen im ersten Anlauf mit unverständlichen Briefen der Krankenkasse abgeblockt. Bitten um einen rechtsverbindlichen Bescheid wurden in einem Fall konsequent ignoriert. Allen Kassen gemeinsam war der Versuch, es dem Patienten so schwer wie möglich zu machen, den Weg über die Kostenerstattung weiterzuverfolgen (Zermürbungstaktik).

102. Absehbar ist, dass sich Krankheitsverläufe chronifizieren und vermeidbare stationäre Behandlungen notwendig werden.
103. Es ist eine Tragödie Hilfesuchenden kein Therapieangebot machen zu können, obwohl die fachlichen Qualifikationen vorliegen, Therapieplätze frei sind und es "sofort" losgehen könnte. Die Kostenerstattung fordert den Pat. zu viel ab, wofür die meisten gar keine Kraft haben und das komische, krankmachende System auch überhaupt nicht verstehen. Selbst als Therapeut blicke ich da zum Teil kaum durch. Es macht ohnmächtig, sich mit den Pat. im Recht zu fühlen, dann aber bei der Krankenkasse mit (gewollter) Ahnungslosigkeit konfrontiert zu werden. Es ist regelrecht ein harter Kampf die Kostenübernahme "durchzuboxen". Dabei geht viel zu viel Zeit drauf, die in die Behandlung investiert werden könnte. Solange man sich mit einem Patienten in der Klärung der Kostenübernahme befindet, kann der therapeutische Prozess gar nicht beginnen. Die eigentliche Arbeit wird abgelenkt und verwirrt die Rollen. Als Therapeut wird man Sozialarbeiter, Anwalt, Betreuer, und als Patient verfällt man in Ohnmacht, Angst, Regression. Kommt am Ende die Ablehnung der Kasse werden Hilflosigkeitserfahrungen gefestigt, die tragischerweise so manchen Pat. sicherlich weiter in suizidales Erleben drängt...
104. Es ist extrem frustrierend, täglich ca. 3 Anfragen zu erhalten, den Patienten den derzeitigen Stand zu erklären und sie zu ermutigen, nicht aufzugeben, nur um später von 8 von 10 zu hören, dass sie doch aufgegeben haben. Einige davon haben sich dann in eine psychosomat./psychiatrische Klinik einweisen lassen (keine verlässlichen Zahlen, da manche Patienten schlichtweg "verloren" gehen)
105. Es ist für mich inzwischen wenig vorhersagbar geworden, ob eine Chance auf Kostenübernahme einer Psychotherapie besteht bei Patienten mit GKV. Bei schwerer erkrankten Patienten ist es schwierig, eine Empfehlung auszusprechen, ob sich das Procedere der Beantragung lohnt bzw. zumutbar ist angesichts des psychischen Zustands. Viele Patienten, die einen Therapieplatz bei mir anfragen, melden zurück, dass sie im Zuge dieses Telefonats überhaupt zum ersten Mal Informationen über das Antragsprocedere und dessen Veränderungen seit dem 01.04.2017 bekommen.
106. Nach Ablehnung der KE fühlen sich die Pat. im Stich gelassen, hoffnungslos und wollen schnell aufgeben. Sie sind oft auch sehr verärgert über die Schreiben der Krankenkassen, insbesondere wenn eine medikamentöse Behandlung als "Überbrückung der Wartezeit" empfohlen wird.
107. Häufiger wurde mir von Patienten telefonisch berichtet, ich sei von der Kasse als niedergelassen vorge schlagen, woraufhin sie mich kontaktierten, um dann zu erfahren, dass ich gar keinen Kassensitz habe.
108. Informationen und Unterstützung im Antragsverfahren werden von den Kassen nicht gegeben. Teilweise werden die Patienten falsch informiert. Ohne tatkräftige Unterstützung beim Schreiben der Anträge oder beim Widerspruch sind die Patienten nicht in der Lage, die Kostenerstattung zu erreichen.
109. Ein Mitarbeiter der TKK sagte mir einmal, dass das Bundessozialgericht entschieden habe, dass 25km Anfahrtsweg zu einer Psychotherapie zumutbar sein. Ob das Urteil auch für Kinder und Jugendliche Sinn mache, sei irrelevant. Das hat nur dann offenkundig nichts mehr mit einer lebensnahen Versorgung der vor allem minderjährigen Versicherten zu tun. Das handelt komplett am Bedarf vorbei. Das Argument in der Nähe der Schule die Praxis zu haben und einen Termin nach dem Schulbesuch ermöglichen zu können, wurde auch als Argument ignoriert. Meist sind beide Eltern berufstätig und können die Kinder nicht quer durch eine Großstadt fahren, um eine Therapie zu ermöglichen. Das erfordert z.B. in Berlin schnell mehr als 3 Stunden am Nachmittag, bei einem oft vollen Stundenplan mit Hausaufgaben etc. Die Prognose ist damit von vornherein schlecht. Auch wird oft nicht darauf geachtet, dass es auch noch mal einfach viel weniger KJP und PP gibt, die Kinder versorgen und dies meist nur nachmittags nach der Schule erfolgen kann und auch sollte.
110. Kassen tricksen, mehr Lügen, TK ist besonders schlimm.
111. KATASTROPHAL, DIE KASSEN LEGEN EINE RICHTLINIE VOLLKOMMEN WILLKÜRLICH AUS UND ZERMÜRZEN DIE PATIENTEN, TERRORISIEREN SIE MIT TELEFONATEN, VERHALTEN SICH UNMORALISCH, ABER AUCH STRAFRECHTLICH RELEVANT. ICH WÜRDTE MIR WÜNSCHEN, DASS ES EINE ART JURISTISCHE ABMAHNUNG GEGENÜBER DEN KASSEN GÄBE UND DIESE MIT DIESEM VH AUFHÖREN. ICH WEISS AUS SICHERER QUELLE, DASS SACHBEARBEITER DER KASSEN SELBST VÖLLIG VERZWEIFELT SIND UND ZUM TEIL AM TELEFON MIT SUIZIDDROHUNGEN DER VERSICHERTEN ZU KÄMPFEN HABEN. DIES IST EIN ZUSTAND, DER EINES SOLCHEN REICHEN LANDES NICHT WÜRDIG IST. DIE KAMMERN VERTRETEN AUSSERDEM ZU WENIG DIE INTERESSEN DER KOSTENERSTATTER/KLIENTEN.ES GIT KEINE "STÄRKEN", NUR ABSURDITÄTEN.

112. Katastrophal... es ist eine Frechheit, wie die Kassen mit der Not der Menschen umgehen.
113. Katastrophal. Die Patienten sind völlig überfordert. Es herrscht Chaos, Intransparenz (jeder sagt etwas anderes: Krankenkassen, TSS, Überweisende, Vertragspsychotherapeuten), und das alles zu Lasten der Patienten und auch der Therapeut/Innen, die gerne ihren Job ausüben wollen und nicht gelassen werden.
114. Katastrophale Zustände für Patient/Innen, da sie keinen dringend benötigten Therapieplatz erhalten.
115. Alle Vertragspsychotherapeuten im Kreis sind heillos überlaufen, meine Kollegen können teilweise noch nicht mal mehr Sprechstundentermine in einem zumutbaren Rahmen anbieten. Eine danach bescheinigte notwendige Behandlung können Sie frühestens in 9-12 Monaten anbieten, worauf die Krankenkassen jedoch nicht reagieren, sondern die Patienten auf die Klinik verweisen. Hier werden dann enorme Kosten verursacht, die man sich durch eine Bewilligung der Kostenerstattung hätte sparen können. Derzeit kann ich nur noch bereits bewilligte Therapien durchführen bzw. die Fortführung dieser beantragen. Die Patienten werden hier seitens der Krankenkasse im Stich gelassen und können sich aufgrund ihrer Belastung nicht zur Wehr setzen, da die GKV am längeren Hebel sitzt.
116. Kostenerstattung hinsichtlich des Aufwands und der Perspektive auf Erfolg ist den Patienten kaum noch zuzumuten.
117. Kostenerstattung ist eine gute Möglichkeit Psychotherapie in unterversorgten Gebieten zugänglich zu machen. Die Belastung für Patienten durch das Antragsprozedere, Sprechstunden, Ablehnungen sammeln, Widerspruchsverfahren ist unzumutbar und wirkt teils wie eine absichtliche Verzögerungstaktik der Kassen um zu provozieren dass Patienten aufgeben.
118. Die Gründe der Kassen sind rechtswidrig und trotzdem verweigert man den Patienten dringend notwendige Behandlung. Psych. Krankheiten, die evtl. anfangs in den Griff gekommen wären, verlaufen so oft chronisch oder verschlimmern sich Patienten erhalten aufgrund illegaler Verfahrensweisen der Krankenkassen immer weniger Zugang zu therapeutischer Behandlung.
119. Kostenerstattung ist gemäß Gesetz ein doppeltes Netz für Patienten und dient ihrem Schutz und Wohl sowie ihrem Recht auf Behandlung.
120. Kostenerstattung ist möglich, aber besonders für schwerer gestörte / konfliktscheue Pat. kaum umsetzbar
121. Krankenkasse gehen in einen "Papierkrieg" mit schwer belasteten Patientinnen, die sich mit ihrer rechtlichen Situation kaum auskennen und aus Angst dann eher versuchen ohne Therapie weiter durchzuhalten. Häufig fühlen sich Patientinnen in Ihrem Wunsch nach therapeutischer Unterstützung nicht anerkannt und ziehen sich zurück. Die Kosten die dadurch für das Sozialversicherungssystem entstehen, sind vermutlich deutlich höher durch Arbeitsunfähigkeit oder teil/stationäre Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen, die häufig nur kurzfristig helfen (da 6 Wochen Psychiatrie langfristig nicht grundlegende Probleme im Alltag lösen kann).
122. Unzumutbare Hürden für die psychisch belasteten Patienten. Teilweise kommt es durch das Prozedere und die Hinhaltenaktik einiger Krankenkassen zu deutlichen Symptomverstärkungen. Patienten sind demotiviert, niedergeschlagen, kraftlos, evtl. kommt es hierzu zu Chronifizierungen, Verlust der Arbeitsfähigkeit, Suizidalität. Trotz Vorliegen des PTV 11 lehnen Krankenkassen ab und verweisen auf einen Klinikaufenthalt, auch wenn dieser nicht indiziert ist und der Patient nicht möchte. Schikane, weil Vertragspsychotherapeuten empfohlen werden, aber erst wenn der Antrag auf Kostenerstattung bei der Krankenkasse vorliegt. Bei vorherigen Anfragen von Patienten zur Unterstützung bei der Vermittlung reagiert die Krankenkasse nicht. Es kann vorkommen, dass - wenn nach einiger Zeit ein PT empfohlen wird - immer nur einer auf der Liste steht, den man kontaktieren muss. Scheitert dies, wird wieder nur ein PT empfohlen usw. (Vorgehen der TK z.B.)
123. Ein Gesetz wird durch Körperschaften des öffentlichen Rechts ausgehebelt - durch Lügen und gezielte Falschinformation - ein politischer Skandal! Bei der Behandlung von Patienten in der Kostenerstattung werden unvertretbar viel Energie und Zeitaufwand gebunden, die die Therapeuten/Innen für die Behandlung bräuchten. Durch die Schwierigkeiten bei der Kostenerstattung werden psychische Probleme heruntergespielt und Patienten, sowie Forschungsergebnisse von Untersuchungen, die z.T. Von den großen Kassen in Auftrag gegeben wurden, nicht ernst genommen.

124. Verwirrung und Fehlinformation allerseits: niemand kennt sich wirklich aus (weder die Mitarbeiter der Kassen oder der Terminservicestellen, noch Ärzte oder Vertragstherapeuten). So werden Patienten allein gelassen. Viele geben dann auf und man darf spekulieren, welche Folgen das in Bezug auf eine Verschlimmerung der psychischen Erkrankung bzw. Chronifizierung und damit auch auf AU-Zeiten hat.
125. Vor allem die fadenscheinige, willkürliche und intransparente Argumentation der Kassen den Patienten gegenüber bei Ablehnung ist skandalös. In 3 (drei) Fällen der TK waren die Anträge nach 6 Wochen nicht mehr auffindbar und die Anträge sollten neu gestellt werden. Dann wurden sie abgelehnt. Im Falle der Barmer wurden 13 (!) Stunden bewilligt. Auch da bei Nachfragen, ob der eigenwilligen Stundenzahlbewilligung waren die Unterlagen unauffindbar.
126. Unter diesen Umständen kann ich nicht verantworten, mit sehr labilen PatientInnen bzw. solchen, die in einer akuten Krise sind, eine Therapie in Aussicht zu stellen/zu beginnen.

11.2 Anhang 2: Anschreiben und Fragebogen

Bundesweite Studie zur Situation der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Befragung wendet sich an alle approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in der **ambulanten psychotherapeutischen Versorgung** von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen arbeiten und **ihre Psychotherapien (auch) im Rahmen der Kostenerstattung** durchgeführten bzw. durchgeführt haben.

Nachdem sich zwischen 2005 und 2015 die Ausgaben für Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V fast verzehnfacht haben, wurde mit Einführung der neuen Psychotherapierichtlinie diese Form der Finanzierung von Psychotherapie deutlich eingeschränkt. Da es nach wie vor lange Wartezeiten bei Vertragspsychotherapeutinnen gibt, ist die Kostenerstattung für viele Patientinnen die einzige Alternative für eine ambulante Psychotherapie.

In einer von den Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein konzipierten **bundesweiten**

Befragung sollen Aspekte der **derzeitigen psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der Kostenerstattung** erfasst werden. Ziel ist es, den aktuellen Stand zu dokumentieren bzw. mit der Situation vor der Einführung der neuen Psychotherapierichtlinie zu vergleichen, um daraus ggf. gesundheitspolitische Forderungen ableiten zu können. Hierzu haben wir auf der Basis einer bereits 2014 durchgeführten ähnlichen Befragung einen Fragebogen entwickelt, den Sie hier online ausfüllen können. Für die Aussagekraft der Erhebung und damit für die politische Argumentation ist eine **möglichst hohe Beteiligung hilfreich und notwendig**. Bitte unterstützen Sie unser Vorhaben, das Ausfüllen des Fragebogens erfordert etwa 15-30 Minuten Ihrer Zeit. Sie müssen das nicht am Stück tun. Die Befragung kann über den Link "Später fortfahren" oben im Menü zwischengespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden.

An verschiedenen Stellen im Fragebogen werden Sie zu Zahlenangaben (z.B. Anzahl Patientinnen, Stunden, Wochen, Therapieplätze) gebeten. Wir sind uns im Klaren, dass Sie hier oft nur Schätzwerte angeben können. Bitte versuchen Sie, diese Angaben trotzdem so genau wie möglich zu schätzen. Darüber hinaus bitten wir Sie zu mehreren Punkten Ihre Angaben getrennt für die Jahre 2016 und 2017 zu machen. Hierdurch können wir die Situation der Kostenerstattung u.a. vor und nach Einführung der neuen Psychotherapierichtlinie vergleichend untersuchen.

Der Aufruf zur Teilnahme an der Befragung erfolgt über die E-Mail-Verteiler der beteiligten Psychotherapeutenkammern und auch über bundesweite und teils länderspezifische Listen, über die die entsprechenden Kolleginnen und Kollegen vernetzt sind, sowie über soziale Netzwerke (insbes. Twitter). Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Speicherung der Daten beendet werden. Sie ist bis zum **15. März 2018** möglich.

Über die Ergebnisse der Studie werden wir Sie in einem Fachjournal (voraussichtlich Psychotherapeutenjournal), auf unseren Homepages sowie im Kammerbrief, Kammernewsletter, Mitgleiderunderschreiben u.ä. informieren. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns bei dieser wichtigen Erhebung unterstützen könnten und bedanken uns im Voraus für Ihre Mühe und Hilfe!

Falls Sie inhaltliche Rückfragen haben oder diese Befragung kommentieren wollen, wenden Sie sich bitte - am besten per Mail - an **Dipl.-Psych. Karin Jeschke PTK Berlin** (jeschke@psychotherapeutenkammer-berlin.de (mailto:jeschke@psychotherapeutenkammer-berlin.de)) oder an **Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling LPK Baden-Württemberg** (nuebling@lpk-bw.de (mailto:nuebling@lpk-bw.de)).



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

PTK | Bayern



PK BREMEN
PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BREMEN



Psychotherapeutenkammer
HAMBURG



Psychotherapeuten
Kammer NRW



PKSHI
Psychotherapeutenkammer
Schleswig-Holstein

Ihr Alter

In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.
Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Ihr Geschlecht

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

weiblich

männlich

[[Approbation als:

• Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
 Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut(in)

[[Jahr der Approbation

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

0

• In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[[In welchen Verfahren? (mehrere Antworten möglich)

• Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Verhaltenstherapie (VT)
 tiefenpsych.-fundierte PT (TP)
 analytische PT (AP)
 andere Verfahren

[[Mit welchem Verfahren behandeln Sie die meisten Ihrer Patienten? (nur eine Antwort möglich)

• Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- VT
 AP
 TP
 Andere

[[Bei welcher Psychotherapeutenkammer sind Sie Mitglied?

• Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Baden-Württemberg
 Bayern
 Berlin
 Bremen
 Hamburg
 Hessen
 Niedersachsen
 NRW
 Ostdeutsche PTK
 Rheinland-Pfalz
 Saarland
 Schleswig-Holstein

[[Bundesland?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

V05A_SQ009 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/survey/d/228719 /gid/1/qid/17)

☛ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Brandenburg
- Mecklenburg-Vorpommern
- Thüringen
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt

[[Meine Praxis liegt im Postleitzahl-Bereich

☛ In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

(PLZ eintragen)

[[Wenn Sie mit Erwachsenen UND Kindern/Jugendlichen arbeiten, welche der beiden Patientengruppen behandeln Sie **überwiegend**?

☛ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Erwachsene
- Kinder und Jugendliche

[[Wie viele **Wochen** haben Sie im **letzten Jahr (2017)** **insgesamt gearbeitet** (d.h. abzüglich Urlaub, Krankheit, Fortbildungen, Kongresse, etc.)?

☛ In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

ca.

Wochen

[[Wie viele **Stunden ambulante Psychotherapie** haben Sie dabei etwa **durchschnittlich in einer Arbeitswoche** erbracht (direkte Patientenkontakte, Probatork, KZT, LZT)?

☛ In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

ca.

Std.

[[Wie viele **Stunden/Woche** davon in **gruppentherapeutischem Setting**

☛ In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

ca.

Std.

Wie viele Stunden arbeiten Sie insgesamt in der Woche durchschnittlich psychotherapeutisch im Rahmen der Kostenerstattung?

In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

ca.

Std.

Wie hoch ist Ihr durchschnittlicher wöchentlicher Aufwand für weitere auf Ihre ambulante Psychotherapiepraxis bezogene Tätigkeiten

(Supervision, telefonische Beratung, Telefonate mit Mitbehandlern oder Krankenkassen, Anträge, Berichte, Fortbildung/Literaturstudium, QS/QM, Dokumentation, Aktenpflege, Abrechnung, Buchhaltung)?

In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

ca.

Std.

Wie viele Patienten behandeln Sie aktuell in Ihrer ambulanten Psychotherapiepraxis?

In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Insgesamt

Patienten

Davon werden finanziert durch

Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Kostenerstattung der GKV

Berufsgenossenschaft/gesetzliche

Unfallversicherung

Private Krankenversicherung und/oder Beihilfe

den Patienten selbst (Selbstzahler)

durch sonstige Finanzierung

Welche sonstige Finanzierung?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

V13A_SQ005 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/survey/id/228719 /gid/3/qid/41)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Ich arbeite als TherapeutIn im Rahmen der Kostenerstattung

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

alleine in eigener Praxis

in einer Praxisgemeinschaft

Seit wann sind Sie im Rahmen der Kostenerstattung in ambulanter Praxis tätig?

In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden. Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

(Jahr)



Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

	2016	2017
Wie viele Anfragen von Patienten hatten Sie, die im Rahmen der Kostenerstattung von Ihnen behandelt werden wollten?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele VertragspsychotherapeutInnen „müssen“ nach den Informationen Ihrer Patienten laut Kassen für den Anspruch auf außervertragliche Leistung im Durchschnitt abgelehnt haben?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele Kostenerstattungs-Anträge wurden von Ihren PatientInnen insgesamt gestellt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele davon wurden insgesamt bewilligt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele Stunden haben Sie durchschnittlich beantragt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele Stunden Therapie wurden durchschnittlich bewilligt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele Stunden Probatorik wurden durchschnittlich bewilligt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

	2016	2017
Wie viele Patienten haben Widerspruch eingelegt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...wie viele Anträge davon wurden nach Widerspruch bewilligt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele der bei Ihnen anfragenden Patienten haben dazu eine juristische/anwaltliche Unterstützung herangezogen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele Patientinnen/Patienten haben gegen die Ablehnung geklagt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie viele Anträge wurden abgelehnt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

	2016	2017
In wieviel Prozent der Fälle wurde vom MDK ein ausführlicher Bericht an den Gutachter verlangt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie lange etwa war die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von der ersten Kontaktaufnahme der Patienten mit Ihnen und der Bewilligung/Ablehnung der Therapie? (ca. in Wochen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie hoch war durchschnittlich der Aufwand für Sie als Therapeutin für die Beantragung einer Therapie im Rahmen der Kostenerstattung inkl. Begleitung beim Zusammenstellen aller Unterlagen, Widerspruch, etc.? (ca. in Minuten je Fall)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	2016		2017	
	ja	nein	ja	nein
Gibt/gab es Kassen, die die Kostenerstattung grundsätzlich verweigern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	2016	2017
Falls ja, welche Kassen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2016: Welche?
 Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
V16H1_SQ013_SQ001 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gid/7/qid/82)
 Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Die Anträge auf Kostenerstattung wurden häufiger mit der Begründung abgelehnt, dass

	2016	2017
die Kasse ein „eigenes Versorgungsangebot“ habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich „Vertragspartner der Kasse um die Patienten kümmern“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„genug Kassenpraxen vorhanden“ seien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Kostenerstattung „nicht mehr erlaubt“ sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„es Kostenerstattung noch nie gegeben“ habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die „Bedarfsplanung überarbeitet“ werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Wartezeit auf einen Platz bei einem/r Vertragspsychotherapeutin zumutbar sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie „kein Notfall“ sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Dringlichkeitsbescheinigung „nicht von einem Facharzt/einer Fachärztin“ sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine „medikamentöse Behandlung ausreichend“ sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die „Unterlagen nicht vollständig“ seien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Patienten in „Selektivverträge eintreten“ könnten...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2017: Welche?
 Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
V16H1_SQ013_SQ002 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gid/7/qid/82)
 Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Die Anträge auf Kostenerstattung wurden mit der Begründung abgelehnt, dass

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	sehr häufig	häufig	manchmal	nie
die Kostenerstattung „seit dem 1.4.2017 nicht mehr existiert“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„durch die Terminservicestellen (TSS) nun alle Patienten versorgt“ würden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die TSS in Kliniken vermitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„durch die neuen Leistungen bzw. durch die neue Richtlinie alle Patienten versorgt“ seien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zwar die „Behandlung indiziert“ sei, es jedoch die „Möglichkeit einer Akutbehandlung in einer GKV-Praxis“ gebe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls ja...

	2016	2017
auf eine Klinikambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Online-Programme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf einen Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Selbsthilfe-Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf stationäre Maßnahmen (Psychosomatische Reha, Psychiatrie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Beratungen durch „geschulte“ Mitarbeiter der Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf sonstige Alternativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2016: Welche?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
 V16.J1_SQ009_SQ001 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gid/8/qid/103)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

2017

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	2016		2017	
	ja	nein	ja	nein
Verwies die Kasse auf weitere Behandlungsalternativen (anstatt Psychotherapie), wenn Ihre Patientin/Ihr Patient einen Antrag auf Kostenerstattung stellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2017: Welche?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

V16J1_SQ009_SQ002 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gid/8/qid/103)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

2017

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	2016		2017	
	ja	nein	ja	nein
Gibt/gab es Kassen, die Kostenerstattung gut unterstützen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2017

	2016	2017
Falls ja, welche Kassen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2017

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	sehr häufig	häufig	selten	nie
Wie häufig haben Krankenkassen seit in Kraft treten der neuen Psychotherapierichtlinien von Patienten verlangt, erst eine Psychotherapeutische Sprechstunde in einer GKV-Vertragspraxis aufzusuchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlangen Krankenkassen, sich an eine Terminservice-Stelle (TSS) zu wenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig empfehlen Krankenkassen Ihrer Einschätzung nach ihren Versicherten eine medikamentöse Therapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Perspektiven I: Planen Sie eine Veränderung hinsichtlich Kassensitz?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus. Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Ja, ich habe mich auf einen Kassensitz beworben
- Ich hätte gerne einen Kassensitz, bewerbe mich jedoch nicht darauf
- Nein, ich habe mich nicht auf einen Kassensitz beworben

[[Vor wie vielen Monaten?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

V18A_SQ001 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gjid/10/qid/127)

☛ In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[[weil...

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

V18A_SQ002 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gjid/10/qid/127)

☛ Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

es aussichtslos ist

ich keinen Kassensitz kaufen kann

ich keinen Kassensitz kaufen will

Sonstiges:

[[weil...

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

V18A_SQ003 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gjid/10/qid/127)

☛ Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

es aussichtslos ist

ich kann ohne Sitz freier arbeiten kann

ich kann ohne Sitz besser Familie und Beruf in Einklang bringen kann

ich keinen Kassensitz kaufen kann (z.B. zu teuer)

ich keinen Kassensitz kaufen will

weil ich mich für eine Stelle in einer Institution (z.B. Beratungsstelle, Klinik) umsehe

Sonstiges:

[[Perspektiven II: Planen Sie eine Veränderung hinsichtlich Job-Sharing in einer bestehenden Praxis einer/s Vertragspsychotherapeutin/en oder haben Sie dies bereits initiiert/umgesetzt?

☛ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

ja

nein

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
V18E (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gjid/10/qjid/232) == '1'

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.
 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Ich bin derzeit auf der Suche nach einem Job-Sharing-Platz
- Ich habe einen Job-Sharing-Platz in Aussicht
- Ich arbeite bereits in Job-Sharing
- Sonstiges:

Wie zufrieden waren/sind Sie mit Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit insgesamt?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
Im Jahr 2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Jahr 2017	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kapazität: Haben Sie aktuell in Ihrer Privatpraxis freie Behandlungskapazitäten?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.
 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Ja, ich kann noch freie Therapieplätze vergeben.
- Nein, ich führe eine Warteliste
- Nein, ich führe keine Warteliste / ich habe die Warteliste geschlossen

Wieviele?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
V20A_SQ001 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gjid/11/qjid/147)

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.
 Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
V20A_SQ002 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gjid/11/qjid/147)

Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.
 Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Wartezeit auf den Therapiebeginn beträgt aktuell ca.
 Die Wartezeit auf ein Erstgespräch beträgt aktuell ca.

Über welchen Weg kommen Ihre Patienten zu Ihnen?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	häufig	selten	nie
Hausarzt/Facharzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internetportale, wie z.B. therapie.de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigene Praxis-Webseite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertragspsychotherapeutische Praxis, Weiterweis nach einer Sprechstunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapeutische/psychosomatische Akutklinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapeutische/psychosomatische Rehabilitationsklinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

V21A_SQ008 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gid/11/qid/163) == '1' or V21A_SQ008 (/limesurvey/index.php/admin/questions/sa/view/surveyid/228719/gid/11/qid/163) == '2'

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie schätzen Sie die Kooperation mit vertragspsychotherapeutisch zugelassenen Kolleginnen und Kollegen ein? Die Kooperation ist im Allgemeinen...

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- sehr gut
- gut
- schlecht
- nicht vorhanden

[[Inwieweit treffen die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach auf die derzeitige Situation zu?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Die meisten gesetzlichen Krankenkassen sind hinsichtlich der Kostenerstattung von Psychotherapie kooperationsbereit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das aktuelle Verfahren der Kostenerstattung ist therapiesuchenden psychisch kranken Menschen nicht zumutbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin verärgert über die Politik der meisten Krankenkassen bzgl. der Kostenerstattung von Psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anzahl ambulanter VertragspsychotherapeutInnen (Kassensitze) ist für die psychotherapeutische Versorgung ausreichend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dadurch, dass kaum noch Psychotherapien über die Kostenerstattung finanziert werden, überlege ich, meine Praxis zu schließen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hier in der Region finden Menschen, die einen Psychotherapieplatz suchen, ausreichend VertragspsychotherapeutInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die derzeitige Praxis in Bezug auf die Kostenerstattung stellt für mich ein existenzielles Problem dar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Antragsverfahren zur Kostenerstattung ist für Patienten sehr belastend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[[Inwieweit haben sich folgenden Punkte 2017 im Vergleich zu 2016 verändert?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	deutlich verbessert	verbessert	unverändert	verschlechtert	deutlich verschlechtert
Die Antragsstellung von Kostenerstattung durch Krankenkassen hat sich...	<input type="radio"/>				
Insgesamt gesehen hat sich die Situation für die Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung ...	<input type="radio"/>				
Die Bewilligung von Kostenerstattung durch Krankenkassen hat sich...	<input type="radio"/>				
Die Möglichkeiten für Therapiesuchende, einen im Rahmen der Kostenerstattung finanzierten Platz bei einem/r nicht KV-zugelassenen PsychotherapeutIn zu bekommen, haben sich....	<input type="radio"/>				
Die psychotherapeutische Versorgung in unserer Region/meiner Stadt hat sich alles in allem...	<input type="radio"/>				

Wie beurteilen Sie die derzeitige Situation hinsichtlich Kostenerstattung von Psychotherapie? Stärken / Probleme / Besonderheiten:

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Mir ist folgendes noch wichtig:

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

20.04.2008 – 20:21

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Welche Schwächen/welchen Veränderungsbedarf sehen Sie?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein: