

Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie

Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Rüdiger Nübling¹, Karin Jeschke², Ulrike Böker¹,
Brigitte Kemper-Bürger², Martin Klett¹, Michael Krenz², Beate Lämmel²,
Jens Lückert², Dietrich Munz¹ & Doreen Röseler²

Zusammenfassung: Psychotherapien, die im Rahmen der Kostenerstattung finanziert werden, haben sich in den vergangenen Jahren verfünffacht. Die vorliegende, von den Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg und Berlin durchgeführte Studie fokussiert die Kostenerstattung aus Sicht von n = 298 nicht KV-zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die an einer standardisierten Befragung teilnahmen. Sie gibt Auskunft über Rahmenbedingungen, Finanzierung und Umfang der Psychotherapie in Kostenerstattung sowie über die berichteten Stärken und Schwächen des Verfahrens.

Hintergrund

Psychotherapien im Rahmen der Kostenerstattung (KE) haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes lagen die Ausgaben im Jahr 2004 bei 8,2 Millionen Euro, sie stiegen bis 2012 auf insgesamt 41,3 Millionen Euro, d. h., sie haben sich verfünffacht. Aktuellere Zahlen stehen nicht zur Verfügung, weil die Ausgaben für die KE von Psychotherapie seit dem Quartal 3/2013 nicht mehr in der amtlichen Statistik ausgewiesen werden (Deutscher Bundestag, 2014). Man könnte dies als mehr oder weniger bewusste Verleugnung der offenbar werdenden realen Bedarfssituation und damit als eine Rechtfertigung der jetzigen gesundheits- und finanzpolitischen Bedarfsplanung durch „fehlende Zahlen“ interpretieren. Auch wenn die Statistiken damit bezüglich der KE intransparent werden, ist davon auszugehen, dass das Budget für KE seit 2012 weiter angestiegen ist bzw. aktuell weiter ansteigt. Gemessen am Gesamtbudget der GKV für Richtlinien-Psychotherapie (derzeit ca. 1,5 Milliarden Euro; Stand 2012) erscheinen diese Ausgaben allerdings eher gering, sie entsprechen etwa 3% des GKV-Budgets.

Nach § 13 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf KE 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 25.09.2000 – 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 sechs Wochen angesehen (BSG Az. 6 RKA 15/97). Gesetzlich geregelt ist, wie schnell die Krankenkassen nach einem Antrag einer Patientin/eines Patienten und/oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten³ auf KE reagieren müssen: ohne Begutachtung innerhalb von drei Wochen und mit Begutachtung innerhalb von fünf Wochen.

Davor liegt allerdings die „Beweislast“ bei den Versicherten, die eine Psychotherapie benötigen: Sie müssen mindestens bei drei bis fünf, besser mehr (Bundespsychotherapeutenkammer 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 zehn oder mehr dieser Nachweise. Für psychisch kranke Menschen, insbesondere in Krisensituationen, stellt diese Prozedur der Antragstellung eine große Herausforderung dar. Die Therapiekosten muss zunächst der Versicherte verauslagen, erst im Nachhinein werden die Ausgaben von den Krankenkassen erstattet, sofern die Begutachtung positiv verläuft. Ein solches Verfahren kann auch für die behandelnden Psychotherapeuten belastend sein, da eine Situation der Unsicherheit entsteht, die auch die psychotherapeutische Beziehung beeinträchtigen kann.

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Stuttgart

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

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

In jüngster Zeit mehren sich Berichte, dass Krankenkassen versuchen, die Psychotherapie im Rahmen der KE weiter zu erschweren. So hatte die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) vor Kurzem eine Pressemitteilung mit dem Titel „Kassen verweigern Psychotherapie“ veröffentlicht, in der auf der Grundlage einer Analyse anonymisierter Berichte zur Begutachtung von KE-Anträgen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen transparent wurde, wie einzelne Krankenkassen über z. T. falsche Auskünfte den Beginn einer Psychotherapie unnötig verzögern oder unmöglich machen, was die DPtV als unrechtmäßiges Vorgehen bezeichnet (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPtV, 2015). Zur Überbrückung von Wartezeiten werde dabei auf andere Möglichkeiten oder Institutionen verwiesen, wie zum Beispiel Caritas, Diakonie, Sozialamt oder auch Selbsthilfegruppen sowie in dringenden Fällen auch die Notfallambulanz im Krankenhaus. Es wird auch damit argumentiert, dass es gar keinen Versorgungsengpass gebe und damit auch die Grundlage für eine Bewilligung der KE von Psychotherapien entfielen. Dies deckt sich mit Erfahrungen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), die ebenfalls vor Kurzem auf Probleme in der KE am Beispiel der Barmer/GEK hingewiesen und dabei das Bundesversicherungsamt (BVA) einbezogen hat. Dieses hatte eine Prüfung der Krankenkassen, die angeblich grundsätzlich keine KE zulassen, in Aussicht gestellt (Vogel et al., 2015). Auch die BpTK hat mit einer Pressemitteilung vom 22. Juni 2015 „bürokratische Tricks“ der Kassen bei der KE beklagt und fordert (seit Langem) eine realistischere Bedarfsplanung (Bundespsychotherapeutenkammer BpTK, 2015b).

Dieser Entwicklung stehen die nach wie vor langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz gegenüber. Die Wartezeiten-Studie der BpTK (Bundespsychotherapeutenkammer BpTK, 2015a) ergab Wartezeiten von durchschnittlich neun Wochen auf ein Erstgespräch und ca. 17 Wochen auf einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern sowie zwischen städtischen und ländlichen Regionen ergaben (Großstädte: zwei bis drei, Land: vier Monate). Diese Wartezeiten ließen sich in einer aktuelleren Studie bestätigen, in der die Bundesländer Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz sowie die Stadtstaaten Berlin und Hamburg einbezogen wurden, also Regionen, die gemeinhin als besser versorgt gelten; die Wartezeiten lagen hier – fast identisch – bei acht bzw. 17 Wochen (Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014).

Durch KE finanzierte Psychotherapien sind letztlich die Konsequenz verfehlter bzw. mangelhafter Entscheidungen der Gesundheitspolitik und der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die sich in der aktuell gültigen Bedarfsplanung ausdrücken. Mit einer Bedarfsplanung, die sich an der Realität erkrankter Patienten orientiert, würde die realräumliche Versorgung mit ambulanten Psychotherapien angemessener und damit u. U. die KE überflüssig. Nach Ansicht der BpTK reicht die Anzahl der Psychotherapeuten mit Kassenzulassung bei Weitem nicht aus, um psychisch erkrankte Men-

schen ausreichend zu versorgen (Bundespsychotherapeutenkammer BpTK, 2015b).

Vor diesem Hintergrund stand die Überlegung, Psychotherapeuten, die ihre Behandlungen (u. a.) über KE abrechnen, zu ihren sowie den Erfahrungen ihrer Patienten und zu den Rahmenbedingungen zu befragen. In diesem Kontext sind auch drei Befragungen der Psychotherapeutenkammern Schleswig-Holstein und Bremen hervorzuheben, die jeweils landesbezogen die Situation der KE-Psychotherapeuten beleuchteten (Psychotherapeutenkammer Bremen, 2015; Thomsen, 2013, 2015). Diese werden hier allerdings nicht weiter ausgeführt, da die Erhebungen auf sehr niedrigen Fallzahlen beruhen.

Ausgangsfragen, Fragestellungen

Ziel der vorliegenden Studie war es, Daten zur aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der KE auf der Basis von Therapeutenangaben zur Verfügung zu stellen. Fragestellungen waren:

- Durch welche Merkmale zeichnen sich Psychotherapeuten aus, die (u. a.) über die KE arbeiten?
- Welche Psychotherapieverfahren werden angewandt bzw. welches Verfahren ist Grundlage der Approbation? Welche zusätzlichen therapeutischen Qualifikationen werden vorgehalten?
- Wie hoch ist der Arbeitszeitaufwand der in der KE tätigen Psychotherapeuten? Wie hoch ist die aktuelle jährliche Behandlungskapazität?
- Wie viele Anträge auf KE werden jährlich gestellt und wie viele davon bewilligt?
- Auf welcher Finanzierungsgrundlage werden Behandlungen durchgeführt?
- Welche Vergütung erfolgt für die Behandlungen?
- Welche Tätigkeiten werden außerhalb der Praxis ausgeübt? Im Bereich der selbständigen Tätigkeit? Als Angestelltentätigkeit?
- Wird eine Warteliste geführt? Wie lange sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf ein Erstgespräch/einen Psychotherapieplatz?
- Wie hoch ist der Anteil der Psychotherapeuten, die sich auf einen Kassensitz bewerben? Wie lange ist die bisherige Wartezeit auf einen Kassenarztsitz?
- Über welche Zugangswege kommen Patienten in die Praxis? Welches Interesse besteht an Kooperation, Vernetzung mit anderen KE-Psychotherapeuten sowie an Informationen über die KE?
- Wie hoch ist die Zufriedenheit der KE-Psychotherapeuten a) hinsichtlich der Zusammenstellung der Tätigkeitsfelder und b) hinsichtlich der KE selbst?

Bereich	Einzelvariablen
Soziodemographie	Alter, Geschlecht
Approbation	Approbation als PP, als KJP
Landeskammer	Stadt-/Landkreiskennzeichen
Art der Praxis	eigene Praxis, Praxisgemeinschaft
Art des angewandten Therapieverfahrens	Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; weitere Verfahren, Zusatzqualifikationen
Anträge auf Kostenerstattung	Anzahl, Ablehnungsrate, Bearbeitungszeit
Finanzierung der Behandlungen	Kostenerstattung, private KV/Beihilfe, Selbstzahler, über Kinder- und Jugendhilfegesetz KJHG, Berufsgenossenschaft BG; Vergütung, Rechnung
Arbeitszeit	Arbeitszeit pro Jahr (in Wochen); Arbeitszeit pro Woche (in Stunden), Behandlungsstunden, organisatorische und andere Arbeiten
Tätigkeiten außerhalb der Kostenerstattungspraxis	Weitere freiberufliche Tätigkeit, Angestelltentätigkeit
Wartezeiten/Kapazität	Führen einer Warteliste, Wartezeit auf Erstgespräch, auf Therapieplatz; Kapazität für weitere Patienten
Kassensitz	Bewerbung auf einen Kassensitz, bisherige Wartezeit
Vernetzung	Zugangswege der Patienten, Interesse an Kooperation, Vernetzung und an Informationen zur Kostenerstattung
Zufriedenheit	Zufriedenheit mit der Zusammenstellung der Tätigkeitsfelder, Zufriedenheit mit der KE
Freitextangaben	Beurteilung der Situation der Kostenerstattung aus Sicht der Patientinnen und Patienten? Beurteilung der Situation als Kostenerstattungstherapeutin/Kostenerstattungstherapeut? (jeweils Stärken/Probleme/Besonderheiten); Wünsche/Veränderungsbedarf zur KE; Wünsche an die Kammer?

Tabelle 1: Befragungsinhalte

Methodik

Fragebogen

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde von den Autoren ein vierseitiger Fragebogen entwickelt, der in 28 Itemblöcken insgesamt ca. 110 Einzelvariablen erfasst. Die Inhalte des Fragebogens sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Durchführung und Datenauswertung

Für die Befragung wurden Ende September 2014 die Mitglieder der beiden initiierten Psychotherapeutenkammern Berlin und Baden-Württemberg per E-Mail angeschrieben mit der Bitte um ihre Teilnahme für den Fall, dass sie ambulante psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der KE erbringen. Da in beiden Kammern das Merkmal „KE“ nicht in den Mitgliederdatenbanken vermerkt ist, mussten die E-Mail-Adressen per Ausschluss ermittelt werden. In Baden-Württemberg wurden deshalb alle aktiven Mitglieder angeschrieben, die zum Zeitpunkt der Befragung keine KV-Zulassung hatten und für die eine E-Mail-Adresse hinterlegt war ($n = 1.126$). Nicht ausgeschlossen wurden Mitglieder, die in einem Angestelltenverhältnis (z. B. Beratungsstelle, Rehaklinik) arbeiten, da diese nicht

selten ergänzend zur Angestelltentätigkeit eine private Praxis betreiben, die auch ggf. über die KE finanziert wird. In Berlin wurden alle aktiven Mitglieder angeschrieben ($n = 4.072$). Darüber hinaus konnte auf verschiedene E-Mail-Verteilerlisten zurückgegriffen werden. Nach internen Schätzungen der Landespsychotherapeutenkammern lag die Anzahl der KE-Psychotherapeuten in Berlin zum Zeitpunkt der Befragung bei ca. 400, in Baden-Württemberg kann sie auf der Basis einer früheren Studie (Nübling et al., 2014) auf ca. 200 geschätzt werden.

Die Datenanalyse umfasst ausschließlich deskriptive Statistiken. Verwendet wurde die Statistiksoftware SPSS.

Stichprobe

Insgesamt nahmen 315 Psychotherapeuten, die (auch) im Rahmen der KE arbeiten, an der Befragung teil. Nach Überprüfung der eingehenden Fragebögen mussten 17 Fälle wegen widersprüchlicher und/oder zu vielen fehlenden Angaben eliminiert werden. Somit standen Daten von 298 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Verfügung. Von diesen sind etwa 72% ($n = 214$) in Berlin und etwa 18% ($n = 53$) in Baden-Württemberg tätig. Mitglieder anderer Landespsychotherapeutenkam-

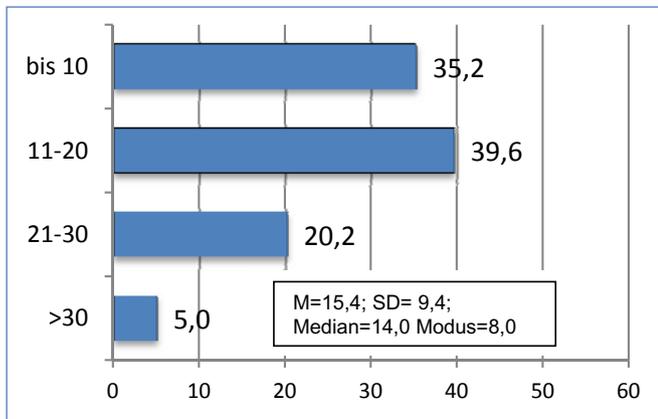


Abbildung 1: Einzeltherapie im Rahmen der Kostenerstattung; Stunden pro Woche, kategorial; n_{ges} = 298

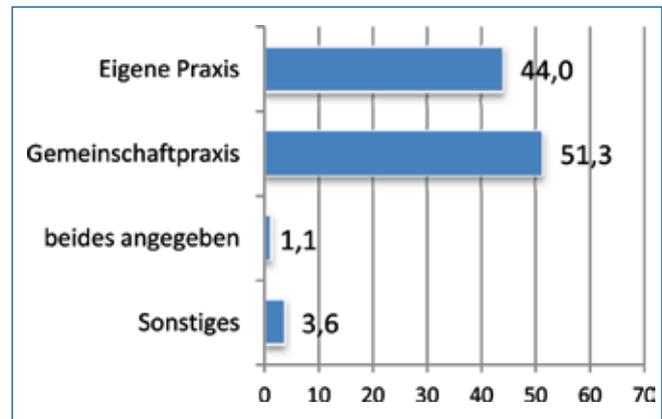


Abbildung 2: Rahmen der Tätigkeit; n_{ges} = 277

mern waren zu 5% (n = 17) beteiligt, weitere ca. 5% (n = 14) haben zur regionalen Herkunft keine Angabe gemacht. Auf der Grundlage o. g. Schätzungen der absoluten Anzahl an KE-Psychotherapeuten lag die Rücklaufquote für Berlin bei etwas mehr als 50%, für Baden-Württemberg bei ca. 25%. Etwa 80% der Befragten waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 45,5 Jahren (sd = 10,0; Min: 27; Max: 80). Hinsichtlich der Art der Approbation handelt es sich bei über 80% (n = 243) der Befragten um Psychologische Psychotherapeuten sowie bei etwa 13% (n = 39) um Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Etwa 5% (n = 15) waren doppelt approbiert (bei einer fehlenden Angabe).

Ergebnisse

Therapeutische Verfahren und Qualifikation

Zum Verfahren, das Grundlage der Approbation war, gaben knapp 60% der Befragten Verhaltenstherapie an, ca. 40% hatten eine Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und ca. 10% eine Ausbildung in analytischer Psychotherapie (Mehrfachantworten waren möglich). Als weitere Psychotherapieverfahren wurden systemische Therapie (16%), Gestalttherapie (6%) sowie Gesprächspsychotherapie (5%) genannt. An Zusatzqualifikationen wurden angegeben: EMDR/Traumatherapie (18,3%), Hypnotherapie (7,8%), Schematherapie (6,8%), Dialektisch Behaviorale Psychotherapie (DBT; 4,4%), Körperpsychotherapie, Schmerztherapie und Psychoonkologie (jeweils 3,4%).

Arbeitszeiten und Rahmen der Tätigkeit

Bezüglich der Arbeitszeiten wurden zum einen die wöchentlichen Stunden der in der KE erbrachten Einzeltherapien erfasst sowie darüber hinaus auch zusätzliche Zeiten, zum Beispiel für organisatorische Tätigkeiten. Wie Abbildung 1 zeigt, lag die durchschnittliche Anzahl der wöchentlichen Therapiesitzungen bei etwa 15 Stunden, wobei etwa 35% der Befragten bis zu zehn Stunden und weitere 40% zwischen elf und

jeweils M/sd	KEV-Studie n = 295	Nübling et al. (2014) n = 426
Jahresarbeitszeit (in Wochen)	41,6/7,9	41,4/7,4
Wochenarbeitszeit (Stunden), davon	23,3/12,3	26,0/15,5
Behandlungsstunden	15,4/9,4	18,9/13,6
Probatorische Sitzungen	–	1,2/1,5
Zusätzliche Tätigkeiten (z. B. Supervision, telefonische Beratung, Lehre, Fortbildung, QS/QM, Anträge, Bürotätigkeiten)	8,6/6,5	5,6/5,6
Jährliche Behandlungskapazität inkl. probat. Sitzungen (Stunden) ¹	620,6/375,9	882,2/623,7
Jährliche Stundenbelastung insgesamt ²	970,8/538,6	1131,5/712,9

Tabelle 2: Arbeitszeiten der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in der Kostenerstattung; Vergleich Psychotherapeuten (PT) in „freier“ Praxis aus Nübling et al. (2014) (Nübling et al., 2014b)
Legende: ¹entspricht (Behandlungsstunden + Probatorische Sitzungen) x Jahresarbeitszeit; ²entspricht Wochenarbeitszeit x Jahresarbeitszeit; geringfügige Abweichungen durch Missing-Data-Korrekturen; M = Mittelwert, sd = Standardabweichung

20 Stunden Einzeltherapie in der Woche durchführten.

In Tabelle 2 werden Jahres- und Wochenarbeitszeit, die jährliche Behandlungskapazität sowie die Gesamtstundenbelastung berechnet und mit Ergebnissen aus einer früheren Studie (Nübling et al., 2014) verglichen. In der aktuellen Erhebung ergab sich eine mittlere Jahresarbeitszeit von knapp 42 Wochen und eine Wochenarbeitszeit von insgesamt 23 Stunden. Die jährliche Behandlungskapazität in der privaten Praxis lag bei ca. 620 Behandlungsstunden, die jährliche Gesamtarbeitszeit bei knapp 1.000 Stunden. Im Vergleich zu der Erhebung von Nübling et al. (2014) ergaben sich ähnliche Jahresarbeitszeiten, allerdings etwas geringere wöchentliche Behandlungsstunden und damit auch eine niedrigere Behandlungskapazität. Weiterhin zum Vergleich:

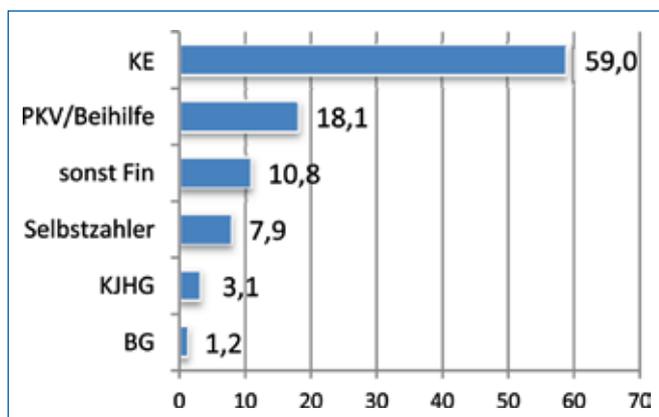


Abbildung 3: Finanzierung Einzeltherapie; Prozentanteil an der Gesamtstundenzahl; $n_{ges} = 298$

KV-zugelassene Psychotherapeuten kommen auf jährlich ca. 1.250 Behandlungsstunden bzw. auf eine jährliche Arbeitszeit von 1.800 Stunden (vgl. Nübling et al., 2014). Wie im folgenden Abschnitt erläutert, hat die Mehrheit der KE-Psychotherapeuten neben ihrer Praxis weitere Tätigkeitsfelder, woraus die im Vergleich zu den KV-zugelassenen Psychotherapeuten niedrige durchschnittliche Anzahl der Behandlungsstunden gut erklärbar ist.

Bezüglich des Rahmens der praktischen Tätigkeit gaben etwa 44% der Befragten an, in einer eigenen Praxis zu arbeiten, etwas mehr (51%) arbeiten zusammen mit anderen Kolleginnen und Kollegen in einer Praxisgemeinschaft (Abbildung 2). Der überwiegende Anteil der KE-Psychotherapeuten ist erst kurz in ambulanter Praxis tätig, 71% erst seit 2010. Etwa ein Viertel der Befragten arbeitet bereits seit dem Jahr 2000 im Rahmen der KE, ein kleiner Anteil (5%) schon vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999.

Andere Tätigkeiten außerhalb der Psychotherapie in der Kostenerstattung

Neben der Tätigkeit in der KE-Praxis werden von etwa der Hälfte der Befragten weitere freiberufliche Tätigkeiten angegeben. Diese erfolgen im Schnitt neun Stunden pro Woche, bei einem Minimum von einer und einem Maximum von 31 Stunden. Etwa ein Drittel der Befragten (32,7%) gab an, in einem Angestelltenverhältnis zu stehen. Hier wurden insbesondere genannt: Tätigkeit in einer Klinik (32% derer, die angestellt sind; $n = 82$), an einer Beratungsstelle (25%) oder in einem nicht näher bezeichneten „anderen“ Kontext (45%). Nur wenige sind angestellt in einer Praxis bei einem Kollegen oder einer Kollegin mit KV-Zulassung (7%) oder in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ; 5%).

Verbindet man beide oben genannten Variablen, also die der anderen selbstständigen Tätigkeit sowie der Angestelltentätigkeit, so ergibt sich folgendes Bild: für $n = 233$ Befragte liegen beide Informationen vor, davon sind

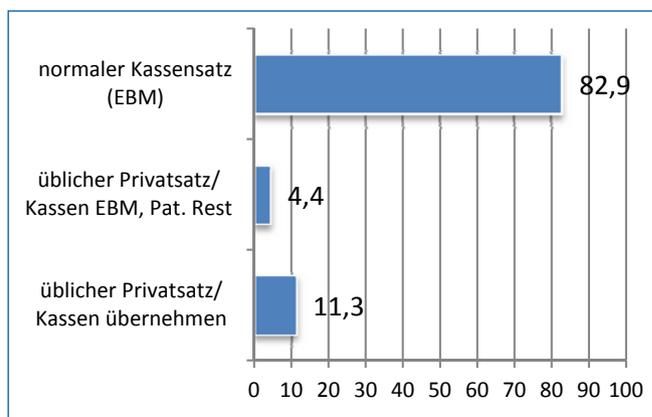


Abbildung 4: Finanzierung der KEV-Behandlungen, $n = 269$

- 36,0% ($n = 84$) ausschließlich in eigener Praxis,
- 33,9% ($n = 79$) zusätzlich in einer anderen selbstständigen Tätigkeit,
- 14,6% ($n = 34$) zusätzlich als Angestellte und
- 15,5% ($n = 36$) zusätzlich sowohl selbstständig als auch angestellt tätig,

Anträge auf Kostenerstattung: Anzahl, Ablehnungsrate und Bearbeitungszeit

Insgesamt wurden im letzten Jahr (vor der Befragung) von jedem KE-Psychotherapeuten im Durchschnitt 11,3 Anträge auf KE gestellt, etwa 60% der Befragten gaben eine Anzahl von bis zu zehn Anträgen, weitere 30% von elf bis 20 Anträgen im Jahr an. Das Maximum lag bei 51 Anträgen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit wurde mit knapp fünf Wochen angegeben, nur ein Viertel der Anträge wird in einem Zeitraum von unter vier Wochen bearbeitet, die Bearbeitung von etwas über 10% der Anträge dauerte sieben Wochen oder mehr. Die überwiegende Zahl der Anträge (67%) wurde binnen vier und sechs Wochen bearbeitet. Etwa 1,6 Anträge wurden pro Jahr abgelehnt, wobei 42% der Befragten angegeben haben, dass kein Antrag im letzten Jahr abgelehnt wurde, etwa 38% gaben ein bis zwei Ablehnungen und weitere 15% drei bis fünf Ablehnungen an. Bei etwa 5% der Befragten lag die Ablehnung bei sechs oder mehr Anträgen im Jahr. Bei durchschnittlich 11,3 gestellten Anträgen entspricht dies einer Bewilligungsquote von 85,5%. Im Vergleich hierzu werden im Gutachterverfahren der Richtlinienpsychotherapie mehr als 95% der Anträge bewilligt.

Finanzierung der Behandlungen

Hinsichtlich der Finanzierung zeigte sich, dass etwa 60% der Behandlungen im Rahmen der KE abgerechnet werden, weitere etwa 18% werden von privaten Krankenversicherungen bzw. von der Beihilfe erstattet. Eine sonstige Finanzierung wird bei etwa 11% der Behandlungen angegeben und etwa

8% werden von den Patienten selbst getragen. Ein sehr geringer Anteil von etwa 3% wird (in Berlin) über das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) finanziert, etwas mehr als 1% der Behandlungen über die Berufsgenossenschaft (BG; Abbildung 3). Bezogen auf die absoluten Behandlungsstunden entspricht dies für KE-Psychotherapien im Durchschnitt neun Stunden, für PKV/Beihilfe 2,8 Stunden, Selbstzahler 1,2 Stunden, KJHG 0,5 Stunden und BG 0,2 Stunden.

Des Weiteren gaben die Befragten für über 80% der Behandlungen an, dass sie diese über den normalen Kassensatz (EBM) abrechnen, in 11,3% der Behandlungen wird der übliche Privatsatz berechnet, der von den Krankenkassen übernommen wird, und in sehr wenigen Fällen (4,4%) übernehmen die Kassen den normalen Satz und der Patient bezahlt den Rest zum üblichen Privatsatz auf (Abbildung 4). Des Weiteren stellt etwa die Hälfte der KE-Psychotherapeuten das Erstgespräch kostenlos zur Verfügung, d. h. im Umkehrschluss, dass etwa ebenfalls die Hälfte das Erstgespräch berechnet.

Wartezeiten und Kapazität für weitere Patienten

Bezüglich der Wartezeiten und der Kapazität für weitere Patienten zeigte sich, dass nur 14% der KE-Psychotherapeuten eine Warteliste führen und über 55% noch freie Plätze zur Verfügung zu haben. Etwa 31% der Psychotherapeuten hatten die Warteliste geschlossen bzw. führten keine. Für die Praxen, die eine Warteliste führen, betrug die Wartezeit auf ein Erstgespräch im Durchschnitt 5,1 Wochen, auf einen Therapieplatz etwa elf Wochen. Hiermit korrespondierend gaben etwas mehr als 50% der Befragten an, weitere Patienten in ihrer KE-Praxis aufnehmen zu wollen und zu können. Demgegenüber wollen etwa 42% den Behandlungsumfang in etwa gleich halten wie bisher und nur knapp 8% der Befragten planen, den Behandlungsumfang zu reduzieren.

Bewerbung auf einen Kassensitz

Mehr als die Hälfte der Befragten (53,2%; n = 151) hätte gerne einen Kassensitz, aber nur etwa ein Viertel hiervon gab an, sich auf einen Kassensitz beworben zu haben. Die durchschnittliche Wartezeit betrug ca. 22 Monate. Bei etwa der Hälfte der Befragten betrug sie bis zu zehn Monate, bei jeweils ca. 15% zwischen elf und 20 bzw. 21 und 30 Monate sowie bei etwa einem Fünftel mehr als 30 Monate (Abbildung 5 und Abbildung 6).

Als Gründe für eine Nicht-Bewerbung auf einen Kassensitz wurden am häufigsten genannt:

- zu geringes Approbationsalter bzw. eine zu kurze Zeit nach der Approbation (weniger als fünf Jahre),
- geringe Erfolgsaussichten einer Bewerbung („aussichtslos“; „keine Chance“),
- mehrere gescheiterte Versuche bzw. Anträge auf einen Sitz,

- intransparente Vergabekriterien („unfair“; „skandalös“),
- hoher Aufwand für eine Bewerbung,
- hohe Kosten für den Kauf einer Praxis, auch vor dem Hintergrund, dass viele KV-zugelassene Psychotherapeuten, die verkaufen wollen, ursprünglich nicht für ihre Praxis bezahlen mussten,
- aktuell gute Auslastung bzw. Nachfrage,
- Vorteile des privaten Status im Sinne von freier und unabhängiger, unter anderem von der KV, aber auch insgesamt in Bezug auf Familien-/Lebensplanung,
- Möglichkeit, neben einer Angestelltentätigkeit (zum Beispiel Beratungsstelle oder Klinik) ergänzend in kleinem Umfang in einer eigenen Praxis arbeiten zu können.

Zugangswege der Patienten

Hinsichtlich der Zugangswege in die KE-Praxis zeigte sich, dass etwa zwei Drittel der Patienten über Internetseiten mit Bezug zur Psychotherapie (zum Beispiel Suchmaschinen der Landeskammern oder der KV) oder die Webseite der Praxis selbst (52%) in die Psychotherapie kamen. Die klassischen Zugangswege über Haus- und Facharzt gaben 28 bzw. 35% der Befragten an, etwa 20% der Patienten kamen über eine Klinik.

Interesse an Vernetzung

Insgesamt waren die meisten Befragten an einer stärkeren Vernetzung der KE-Psychotherapeuten interessiert: Etwa 74% äußerten Interesse an Kooperationsformen sowie Informationen dazu, etwa 70% an einer kammergebundenen Vernetzung der KE-Psychotherapeuten und etwa 75% vermerkten hierzu ihre E-Mail-Adresse für den Fall, dass eine solche Vernetzung organisiert werden würde.

Zufriedenheit

Erfragt wurde auch die Zufriedenheit mit der Zusammenstellung der Tätigkeitsbereiche sowie insgesamt mit der KE-Situation. Hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche zeigte sich, dass etwas mehr als 25% damit sehr zufrieden sind und weitere 60% zufrieden. Demgegenüber äußerten sich nur etwa 15% unzufrieden oder sehr unzufrieden. Bezüglich der Zufriedenheit als KE-Psychotherapeut insgesamt ergab sich ein ähnliches, wenngleich etwas abgeschwächtes Bild: Hier zeigten sich nur etwa 8% mit der Situation sehr zufrieden und etwa 65% zufrieden; demgegenüber gab ein starkes Viertel der Befragten an, damit unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein.

Analyse der Freitextangaben

Im Rahmen von Freitextantwortmöglichkeiten wurden die Befragten gebeten, Stärken, Probleme und Besonderheiten der Psychotherapie im Rahmen der KE in eigenen Worten zu beschreiben. Diese lassen sich gliedern in Angaben zur Pa-

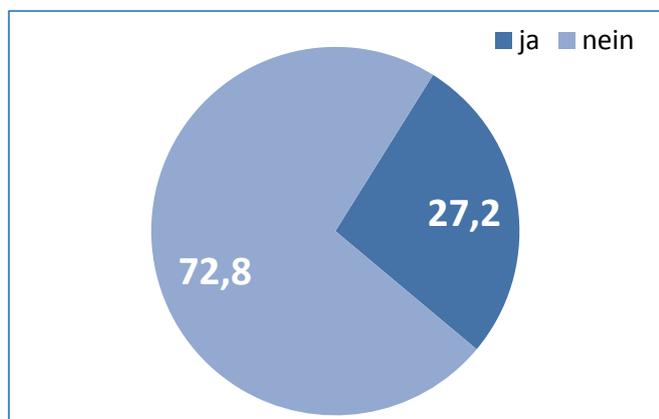


Abbildung 5: Bewerbung auf einen Kassensitz; Anteile in %; $n_{ges} = 272$

tientenperspektive, zur Perspektive der KE-Psychotherapeuten allgemein, zur Rolle der Krankenkassen bzw. ihres medizinischen Dienstes sowie zu den Wünschen der Befragten.

Aus der Patientenperspektive

Wer findet den Weg in die Psychotherapie? Wie die KE-Psychotherapeuten berichten, sind Patienten oft nicht über die Möglichkeit der KE informiert bzw. kennen diesen Zugang nicht. Mit dem Antragsprozedere seien viele überfordert – die Formalitäten stellten insbesondere für Migranten und schwer kranke Patienten, Patienten mit sozialen Ängsten, gemindertem Antrieb und Problemen in der Selbstorganisation eine große Hürde dar, viele Patienten seien von den Anforderungen abgeschreckt. Positiv wird gesehen, dass durch dieses Verfahren vorwiegend motivierte Patienten in die Psychotherapie fänden, sie zeigten in der Therapie ein hohes Engagement.

Die therapeutische Beziehung. Sehr häufig wurde darauf hingewiesen, dass Patienten den Unterschied zwischen kassenzugelassenen und nicht zugelassenen Psychotherapeuten nicht verstünden und mitunter eine mangelnde Qualifikation als Grund der fehlenden Zulassung vermuten, was das therapeutische Bündnis schwäche. Andere Psychotherapeuten berichten hingegen eine Stärkung des therapeutischen Bündnisses: Die Patienten erlebten einen Psychotherapeuten, der sich für sie bei den Formalitäten bzw. gegenüber der Krankenkasse engagierte.

Unsicherheit bei der Kostenübernahme. Viele der befragten KE-Psychotherapeuten kritisieren, dass die KE für Erstgespräch und Probatorik zunächst nicht gesichert sei, sodass Psychotherapeuten oder Patienten finanziell in Vorleistung treten müssten. Auch die Unsicherheit, ob die KE für eine Verlängerung der Psychotherapie erfolge, sei problematisch. Patienten und Psychotherapeuten fühlten sich oft als Bittsteller bei den Krankenkassen.

Aus der Psychotherapeutenperspektive

Scheinbar widersprüchliche Aussagen. Es wird einerseits als Vorteil gesehen, sehr zeitnah mit der Psychotherapie beginnen zu können, andererseits wird aber auch beklagt, dass man

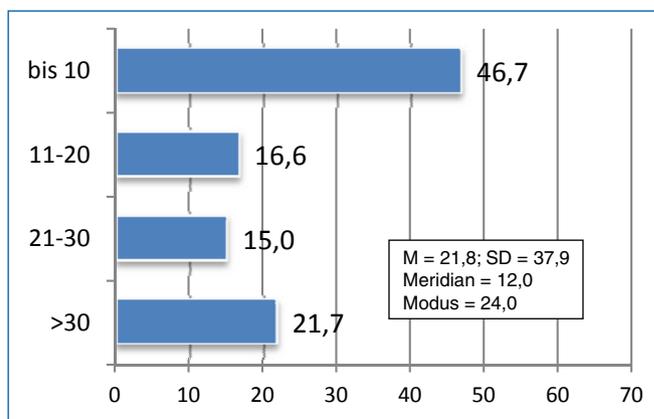


Abbildung 6: Zeit nach Bewerbung auf einen Kassensitz in Monaten; Anteile in %; $n_{ges} = 60$

„einen langen Atem“ brauche – diese Widersprüche werden verständlich, wenn man das unterschiedliche Bewilligungsverhalten der Krankenkassen und den unterschiedlichen Erfahrungshintergrund der KE-Psychotherapeuten berücksichtigt. Wer zum Zeitpunkt der Befragung Erfahrungen mit unterschiedlichen Krankenkassen hatte, auf die unterschiedlichen Anforderungen eingestellt war und hauptsächlich Patienten von kostenerstattungsfreundlichen Krankenkassen aufnahm, konnte sich der Bewilligung der Psychotherapien (relativ) sicher sein, mit den Sitzungen sofort beginnen und musste aufgrund der rückwirkenden Erstattung der Therapiekosten auch keine Antragspausen abwarten. KE-Psychotherapeuten, die keine Auswahl der Patienten nach Krankenkasse vornehmen wollten (z. B. aus ethischen Erwägungen) oder konnten (z. B. aus Mangel an Anfragen oder bei Neueröffnung der Praxis), erlebten ein deutlich höheres Risiko, dass Psychotherapien nicht bewilligt wurden und waren darauf angewiesen, entweder das Risiko einzugehen, unbezahlt zu arbeiten, oder die KE für die Probatorik und die Psychotherapie abzuwarten und ggf. Widerspruchsverfahren bis zur KE zu begleiten. In dieser Situation waren zwei Antragspausen und viel Geduld bis zur Therapiebewilligung notwendig.

Arbeitsbedingung im Rahmen der Kostenerstattung.

Neben der Möglichkeit eines schnellen Therapiebeginns wird als *positives* Merkmal festgehalten, dass die Arbeit als Psychotherapeut möglich sei, ohne einen Praxis teuer kaufen zu müssen, und dass man frei von den Regularien des kassenärztlichen Systems sei: Es gebe keine Urlaubs- und Vertretungsregelungen, keine Deckelung bei der Leistungserbringung, aber auch keine Mindestversorgung, die geleistet werden müsse. Die Arbeit in der KE-Praxis wird von einigen auch als eine gute Ergänzung zu Angestellten-tätigkeiten angesehen. Sie könne besser als im KV-System an die jeweilige Lebenssituation bzw. -phase, z. B. Familiengründung mit kleinen Kindern, angepasst werden. Des Weiteren könnten durch die Rechnungsstellung nach GOP und ohne den Abzug der Verwaltungskosten durch die KV auch höhere Einkünfte erzielt werden, die Rechnungslegung könne individuell gestaltet werden und die Krankenkassen würden zügig zahlen.

Als *negativ* wird vor allem die Unsicherheit hinsichtlich der Zukunft der KE hervorgehoben. Man habe keine Planungssicherheit, erlebe sich als Bittsteller und fühle sich als „Psychotherapeut zweiter Klasse“ behandelt. Es gebe hohe bürokratische Hürden, die einen erhöhten Arbeitsaufwand bzgl. der Beantragung der Psychotherapie zur Folge hätten. Insbesondere die Begleitung des Widerspruchsverfahrens bei Ablehnungen sei aufwendig und werde unbezahlt geleistet. Auch das Erstgespräch erfolge zum Teil unbezahlt. Man erlebe Konkurrenzdruck, müsse sich überlegen, was man anbieten könne.

Bezogen auf die Rolle der Krankenkassen

Fehlinformationen durch Krankenkassen. Bezogen auf die Krankenkassen beklagen viele Befragte, dass Patienten häufig falsch informiert werden, z. B. durch schlecht informierte Sachbearbeiter, die überdies noch KE-Psychotherapeuten diffamierten und ihre Qualifikationen infrage stellten. Es werde oft auf freie Therapieplätze bei Kassenpsychotherapeuten verwiesen, die bei entsprechender Nachfrage des Patienten dann gar nicht frei seien, und es würden zum Teil inadäquate Forderungen bezüglich der Therapieanfragen bei kassenzugelassenen Psychotherapeuten gestellt (z. B. die Dokumentation von zehn und mehr Anfragen).

Bewilligungspraxis der Krankenkassen. Wie die befragten KE-Psychotherapeuten hervorhoben, sei die Bewilligung von Psychotherapien bei einigen Kassen unkompliziert, andere wiederum bewilligten Psychotherapien nur bei schwer kranken Patienten oder gar nicht oder böten ihren Versicherten alternative Leistungen (z. B. „Gesundheitscoaching“) anstelle einer Psychotherapie an. Darüber hinaus seien die Formalien für die Beantragung einer KE-Psychotherapie uneinheitlich bei den verschiedenen Krankenkassen. Zudem sei die Bewilligung eine Einzelfallentscheidung, die vom Sachbearbeiter und seinem Ermessensspielraum abhängt, was bisweilen als Willkür erlebt werde.

Leistungskürzungen. Sowohl die beantragten Therapiekontingente würden bisweilen von Krankenkassen gekürzt als auch die Rechnungen für die erbrachten Leistungen, einige Ziffern könnten nicht abgerechnet werden, Rechnungen nach GOP würden nicht vollständig übernommen.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Begutachtung bei der Beantragung der Psychotherapie laufe über den MDK und sei anders geregelt als im Gutachtersystem gemäß Psychotherapierichtlinie/Psychotherapievereinbarung: Es gebe keinen Obergutachter, die Psychotherapeuten bekämen keine Rückmeldung zur Begutachtung und erlebten das Verfahren als intransparent. Die Begutachtung werde meist durch Psychiater, nicht durch Psychotherapeuten durchgeführt. Es wird infrage gestellt, ob der Datenschutz gewährleistet sei und ob es sich um ein Fachgutachten handle.

Wünsche an die Kammern

Die Wünsche der KE-Psychotherapeuten beziehen sich zum einen auf konkrete Unterstützung bei ihrer Arbeit: das Einrich-

ten einer Beschwerdestelle, juristische Unterstützung und Einflussnahme bei Krankenkassen bei Ablehnungen bzw. bei der Durchsetzung der gesetzlichen Ansprüche der Patienten sowie juristische Unterstützung bei Leistungskürzungen. Es wird ein einheitliches, vereinfachtes Formularwesen und Antragsprozedere gewünscht sowie die gesicherte Übernahme von Erstgesprächen und Probatorik. Ein weiteres wichtiges Themenfeld ist der Wunsch nach Anerkennung: Hier sollten die Kammern (und auch die Berufsverbände) aus Sicht der Befragten mehr Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über die Möglichkeit der KE und vor allem auch über die gleichen Qualifikation der KE-Psychotherapeuten leisten. Weitere Wünsche bezogen sich auf die Gestaltung des Versorgungssystems: Vor allem die politische Einflussnahme auf die Bedarfsplanung und die Schaffung von mehr Kassensitzen wurde genannt oder auch die Abschaffung der Zulassungsbegrenzung.

Diskussion

Die vorgestellte Befragung von Psychotherapeuten, die ganz oder teilweise im Rahmen der KE arbeiten, war zunächst bundesweit geplant, bezog nun aber vorwiegend Mitglieder der Berliner sowie – in kleinerem Umfang – der Baden-Württembergischen Psychotherapeutenkammer sowie weiterer Landeskammern ein. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse zumindest teilweise auf die bundesdeutsche Situation übertragen werden können.

Die Situation der KE-Psychotherapeuten ist danach einerseits geprägt von Unsicherheit hinsichtlich der künftigen Entwicklungen, insbesondere der Frage, inwieweit auch in der Zukunft die Möglichkeit der Abrechnung von Psychotherapie im Rahmen der KE gegeben sein wird. Da die hier Befragten ca. 60% ihrer Einkünfte aus privater Praxis durch KE beziehen (mit durchschnittlich ca. zehn Std./Woche), ist dies auch mit existenziellen Fragen verbunden. Ein zweiter kritischer Punkt besteht in einem gewissen Rechtfertigungsdruck, sowohl gegenüber Krankenkassen als auch gegenüber Patienten „nachweisen“ zu müssen, dass sie die gleiche Qualifikation aufweisen wie ihre KV-zugelassenen Kollegen („Psychotherapeuten zweiter Klasse“). Trotz dieser häufig geäußerten Belastung wird von der überwiegenden Mehrheit der Befragten auf die Freiheiten hingewiesen, die eine Niederlassung außerhalb des KV-Systems mit sich bringt (keine Urlaubs- und Vertretungsregelungen, keine Deckelung, keine Mindestversorgung, kein Praxiskauf). Insbesondere die höhere Flexibilität hinsichtlich Verteilung der Arbeitszeiten ist vor allem für die jungen und meist weiblichen Psychotherapeuten ein großer Anreiz. Die Freiheiten außerhalb des Systems ziehen allerdings auch Fragen nach der Verpflichtung zur Berufsaufsicht, zur Qualitätssicherung sowie zur Fort- und Weiterbildung nach sich, wie sie im System von den KV-zugelassenen Mitgliedern laufend zu erbringen sind. Die berufsrechtlichen Pflichten gelten zwar grundsätzlich für alle approbierten Psychotherapeuten, sie werden außerhalb des KV-Systems jedoch nicht fortlaufend

geprüft, z. B. besteht keine Nachweispflicht für 250 Fortbildungspunkte innerhalb von fünf Jahren.

Insgesamt scheinen die Psychotherapeuten sowohl mit der Zusammenstellung ihrer Tätigkeitsfelder als auch mit der KE als solche weitgehend zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Eine Online-Befragung der DPtV ergab bei niedergelassenen Psychotherapeuten eine ähnlich hohe Zufriedenheit bezogen auf die psychotherapeutische Praxistätigkeit insgesamt (Rabe-Menssen und Hild-Steimecke, 2013). Für die hier vorgelegte Studie ist dabei allerdings zu berücksichtigen, dass viele Krankenkassen zum Zeitpunkt der Befragung (Ende 2014) der KE deutlich positiver gegenüberstanden als danach; im Laufe des Jahres 2015 verdichteten sich die Hinweise, dass die KE von bisher gut kooperierenden Kassen restriktiver gehandhabt wird.

Eine wichtige Frage für die Zukunft der KE wird sein, welche Konsequenzen sich aus dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ergeben, z. B. inwieweit nicht zugelassene Kollegen im Rahmen eines Jobsharings in bestehende KV-Praxen eingebunden werden und damit ein höherer Versorgungsumfang realisiert werden kann. Gleichzeitig wird mit dem VSG die Regelung zur Nachbesetzung bei Praxisübergabe in als überversorgt (Grenze: 140%) geltenden Regionen (Planungsbereichen) verschärft. Nach Berechnungen der BPtK wären davon 4.300 (ca. 20%) KV-Praxen betroffen, wodurch sich die aktuelle Versorgungssituation deutlich verschlechtern würde. Eine Korrekturmöglichkeit besteht in der Reform der Bedarfsplanung, womit der G-BA beauftragt wurde. Die Psychotherapeutenkammern fordern schon lange eine realistische, am tatsächlichen Bedarf orientierte Planung (Bundespsychotherapeutenkammer BPtK, 2015b). Für Berlin lässt sich gut zeigen, wie ein rechnerischer „offizieller“ Versorgungsgrad von annähernd 200% (!!) zu einem deutlichen Anstieg der Praxen geführt hat, die im Rahmen der KE arbeiten. An diesem Beispiel wird offensichtlich, dass die aktuelle Bedarfsplanung nicht dem aktuellen Bedarf entspricht.

Aus einer eher makroperspektivischen gesundheitspolitischen und auch gesundheitsökonomischen Sichtweise müsste darüber hinaus mehr thematisiert werden, dass die Effektivität und Effizienz von Psychotherapie gut belegt ist, auch im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen, und einen hohen gesellschaftlichem Nutzen erbringt (Return on Investment 1:3-4,5; vgl. z. B. Nübling, Bär, Jeschke, Ochs, Sarubin & Schmidt, 2014; Wittmann et al., 2011; Wunsch, Kliem, Grochowski & Kröger, 2013). Gleichzeitig wird nur ein kleiner Teil der Ausgaben für psychische Erkrankungen in Psychotherapien investiert und nur ca. 10-20% der psychisch erkrankten Menschen erhalten überhaupt eine psychotherapeutische Behandlung (Nübling, Bär et al., 2014). Aus dieser Perspektive wäre nicht weniger, sondern mehr Geld für die psychotherapeutische Versorgung und wären damit auch mehr Zulassungen zu fordern.

Priorität hat auch der Erhalt eines solidarischen Diskurses innerhalb der Berufsgruppe, um keiner durch äußeren Druck

erzeugten Spaltung zwischen Psychotherapeuten mit KV-Praxen und den „Privatbehandlern“, die Patienten im Rahmen der KE versorgen, nachzugeben und damit einem Generationenkonflikt Vorschub zu leisten. Gerade angesichts unterschiedlicher Bedingungen der Tätigkeit (z. B. Bezahlung, Genehmigungsverfahren, Therapiedauer, ökonomische Absicherung) liegt hier ein nicht unerhebliches Risiko. Hier gilt es auch, möglichem Druck von Krankenkassen, die die Spaltung der Profession durch besondere Bedingungen bei der Gestaltung von IV-Verträgen forcieren, standzuhalten. In diesem Zusammenhang muss noch einmal hervorgehoben werden, dass das System im SGB V eigentlich so angelegt ist, die Vertragspsychotherapie so zu planen, dass es außerhalb des Systems keinen weiteren Bedarf gibt. KE ist nur dann und solange gerechtfertigt, wie dieses System versagt. Das heißt, die Kammern sollten primär auf ein Funktionieren des Systems hinwirken, z. B. durch die Forderung einer am Bedarf orientierten Bedarfsplanung, andererseits aber auch darauf, dass jeder Patient, der eine Psychotherapie benötigt, diese auch erhält. Zu würdigen ist an dieser Stelle das Engagement der Kollegen, die bereit waren und sind, sich an der Patientenversorgung im Rahmen der KE zu beteiligen. Sie haben dafür Praxen angemietet und in Praxisausstattungen investiert sowie sich in die besonderen Formalitäten eingearbeitet, um schlecht versorgten Patienten helfen zu können, ohne jegliche Sicherheit für den zukünftigen Erhalt ihrer Praxen.

Dank

Wir danken allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich bereit erklärt haben, an der Befragung mitzuwirken. Des Weiteren danken wir Elena Nübling für die kompetente Unterstützung bei Dateneingabe und Datenmanagement sowie Dominik Kempf bei der Aufbereitung der Datenauswertungen. Unser Dank gilt schließlich auch den beiden Gutachtern Dr. H. Vogel und Dr. M. Thielen für ihre konstruktiven und wertvollen Rückmeldungen.

Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2013). Kostenerstattung – Ein BPtK-Ratgeber für psychisch kranke Menschen. Verfügbar unter: www.bptk.de/uploads/media/BPtK_Ratgeber_Kostenerstattung_2.pdf [03.09.2015].
- Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2015a). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Verfügbar unter: www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf [21.07.2015].
- Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2015b). Psychotherapie: Krankenkassen verzögern und informieren falsch. BPtK kritisiert bürokratische Tricks bei der Kostenerstattung. Pressemitteilung, 22.06.2015. Verfügbar unter: www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-88.html [21.07.2015].
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPtV (2015). Bewilligungskosten-erstattung – Kassen verweigern Psychotherapie. Pressemitteilung. Verfügbar unter: www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php [27.10.2015].
- 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. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/019/1801947.pdf> [27.10.2015].

Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 13 (4), 389-397.

Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014): Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Stuttgart. Verfügbar unter: www.lpk-bw.de/archiv/news_2014/pdf/20140513_nuebling_et_al_ambulante_pt_versorgung_ergebnisbericht.pdf [21.07.2015].

Psychotherapeutenkammer Bremen (2015). Kostenerstattung in Bremen: eine Bestandsaufnahme. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (2), 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, 6-16.

Sude, K. (2015). Kostenerstattung: Patienten in Not. Kassen erschweren Zugang notwendiger ambulanter Psychotherapien. *Psychotherapie Aktuell*, 7 (2), 17-23.

Thomsen, K. (2013). PKSH-Umfrage zur Psychotherapie in Kostenerstattung. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (3), 341-342.

Thomsen, K. (2015). Keine Probleme mehr in der ambulanten Versorgung? – Zweite Umfrage der PKSH zur Kostenerstattung. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (2), 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), 9-10.

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. Techni-

ker Krankenkasse. Hamburg. Verfügbar unter: www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf [27.10.2015].

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), 75-93.



Dr. Rüdiger Nübling

Korrespondenzadresse:

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Referat Psychotherapeutische
Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit
Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de

Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych., ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.