

Umfrage zur Erfassung von negativen Entscheidungen des MDK im Kontext psychotherapeutischer Behandlung

Eine erste Zwischenbilanz

Einleitung

Immer wieder gibt es die Rückmeldung aus den Reihen der Mitglieder, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Übernahme der Kosten für eine außervertragliche Psychotherapie (Kostenerstattung) oder auch psychotherapeutisch verordnete Maßnahmen innerhalb der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ablehnt, obwohl die Behandlung indiziert und die formalen Kriterien erfüllt sind. Die Begründungen dafür sind vielschichtig und ein Widerspruch muss in der Praxis auf Einzelfallebene durchgeführt werden. Eine systematische Erfassung findet von Seiten der Kostenträger insbesondere im Bezug auf die außervertragliche Psychotherapie (Kostenerstattung) nicht statt oder wird nicht veröffentlicht.

Um auf Landes- und Bundesebene berufspolitisch aktiv werden zu können, reichen einzelne Fälle leider nicht. Darum wurde von der AG Außervertragliche Psychotherapie und Privatpraxis in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Privatpraxis und Kostenerstattung der Psychotherapeutenkammer Berlin eine Erhebung initiiert, um konkrete Daten zu erfassen und aggregieren zu können. Diese Daten sollen die Grundlage bieten für etwaige Verhandlungen und öffentlichkeitswirksame Schritte haben.

Methode

Es wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, dafür wurde das Tool Survey Monkey verwendet. Der Fragebogen umfasst insgesamt 19 Items, darunter zwei die Soziodemografie der behandelnden Person betreffen. Pro Einzelvorfall wird ein Datensatz erfasst und dabei erhoben, in welchem Verfahren, für welche Altersgruppe und in welchem Setting (Einzel/Gruppe/Kombinationsbehandlung) der Antrag gestellt wurde. Die Daten der Patienten werden chiffriert erfasst, die Angabe von Kontaktdaten der Behandler:in erfolgt freiwillig. Für jeden Fall wird die Diagnose, die Art des Antrags bzw. der Verordnung und das Ergebnis erfasst. Für jede Ablehnung oder Kürzung werden die Gründe erfasst, sowie deren Nachvollziehbarkeit, außerdem die Krankenkasse sowie Fragen zum Begutachtungs- und ggf. Widerspruchsprozess. Die meisten Items sind im Multiple-Choice-Format gehalten, um die Dateneingabe möglichst ressourcensparend zu gestalten, es besteht jeweils die Möglichkeit auch Freitextangaben zu machen.

Erste Ergebnisse

Stichprobe: Bisher sind 18 Datensätze erfasst worden, davon betreffen 72% Fälle aus der Privatpraxis und 28% aus der Kassenpraxis. Die meisten Rückmeldungen (67%) kamen aus Berlin, die übrigen aus NRW, dem Saarland und Sachsen-Anhalt. In 83% der Fälle handelte es sich um eine verhaltenstherapeutische Behandlung, in den übrigen um tiefenpsychologisch fundierte Therapie oder Psychoanalyse. In allen Fällen wurde die Behandlung an Erwachsenen und im Einzelsetting durchgeführt. Die Diagnosen waren häufig (61%) depressive Erkrankungen (mindestens mittelgradig ausgeprägt), in der Hälfte der Fälle mit komorbiden Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen, weitere Hauptdiagnosen waren Angststörungen, Belastungsstö-

rungen oder Persönlichkeitsstörungen. 14 Anträge betrafen außervertragliche Psychotherapie, überwiegend als Langzeitbehandlung, die übrigen Fälle betrafen Verordnungen von Rehabilitation oder Soziotherapie innerhalb der GKV-Versorgung.

Die Reaktion auf die berichteten Anträge und Verordnungen waren überwiegend Ablehnungen, in drei Fällen auch Kürzungen der beantragten Leistung sowie einmal die wiederholte Bewilligung von Probatorik statt der beantragten Richtlinien-therapie (vgl. Abb. 1).

Die Begründungen für die Ablehnung oder Kürzung waren vielschichtig (vgl. Abb. 2), allen gemeinsam war, dass sie für die Antragsstellenden nicht nachvollziehbar waren.

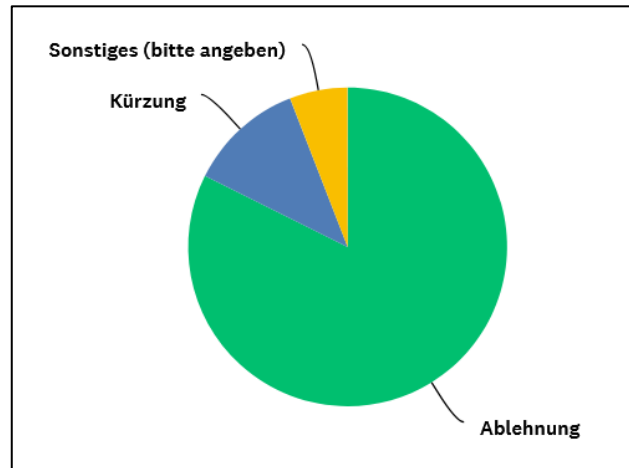


Abb. 1: Reaktionen des MDK auf die gestellten Anträge bzw. Verordnungen

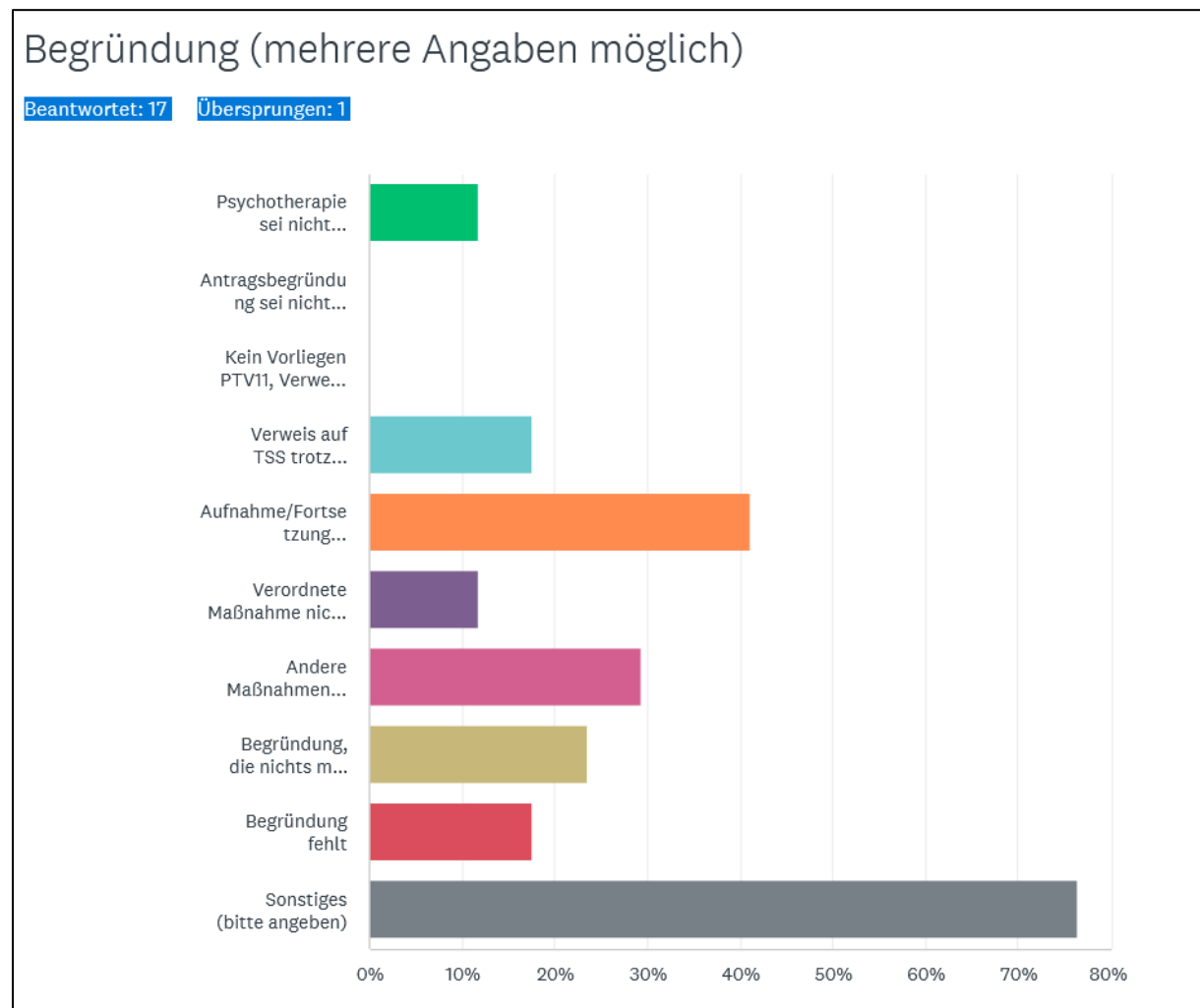


Abb. 2: Begründungen für Ablehnung/Kürzung

Unter „sonstiges“ summierten sich eine ganze Reihe von verschiedenen Begründungen, die sich zum Teil auf frühere Diagnosen bezogen, zum Teil auf andere Behandlungsoptionen oder auch vermeintlich formale Fehler oder ein Negieren von Dringlichkeit bzw. Hinweis auf Zumutbarkeit der Wartezeit. Exemplarisch seien hier zwei Beispiele herausgegriffen: „Alkoholabhängigkeit in der Vergangenheit. Warum Änderung der Diagnose von F 33.1 in F 32.0 Diagnose „; „MDK ging trotz dringlich indizierter Behandlung (laut PTV11, Bericht der Ärztin, Bericht d. Psychotherapeut_in) davon aus, dass die Therapie nicht indiziert sei und wies (trotz großer Schwierigkeiten und Hinweis der TSS, dass keine Therapien vergeben werden können) darauf hin, die Versicherte könne eine Wartezeit hinnehmen und sich einen Therapieplatz in einer Vertragsbehandlung suchen.“.

Bezüglich der *beteiligten Krankenkassen* sticht die Technikerkrankenkasse mit 7 von 18 Fällen hervor, wobei darunter sowohl Fälle in der außervertraglichen Psychotherapie als auch Verordnungsfälle innerhalb der GKV-Versorgung sind.

In 69% der Fälle war die *Gutachterin/der Gutachter* bekannt, es hat aber nur in einem Fall Kontakt stattgefunden, drei weitere Behandler:innen geben an, den Kontakt gesucht aber keine Rückmeldung erhalten zu haben.

In 71% der Fälle wurde zum Zeitpunkt der Erfassung bereits *Widerspruch* eingelegt, in 23% nicht, in 6% noch nicht. Gemäß den Angaben im Kommentarfeld reichten die Gründe dafür, keinen Widerspruch einzulegen von „Pat. hat frustriert aufgegeben“ bis hin zu: „Die Kasse bewilligte die LZT entgegen des MDK-Gutachtens, daher kein Widerspruch nötig.“ Außerdem wurde angegeben, dass im Rahmen des Widerspruchsverfahrens häufig noch weitere Unterlagen beigebracht wurden (weitere Befunde, Nachweis über Abstinenz, usw.). Ob im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Wechsel des/der Gutachter:in stattgefunden hat, ist überwiegend unbekannt. In 41% der Fälle war der Widerspruch erfolgreich, in einem Viertel der Fälle stand die Entscheidung noch aus. Aus den Kommentaren geht hervor, dass sich die Verfahren zum Teil sehr lange hinziehen (Abb. 3).

War der Widerspruch erfolgreich?

Beantwortet: 12 Übersprungen: 6

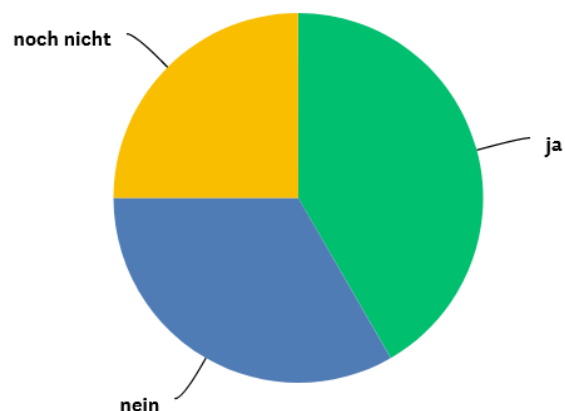


Abb. 3: Angaben zum Erfolg des Widerspruchsverfahrens

Zusammenfassung und (Zwischen)fazit

Vorweg muss gesagt werden, dass der Datensatz mit 18 Fällen noch sehr klein ist und die Angaben deshalb nicht repräsentativ. Außerdem eignet sich das verwendete Instrument nicht dafür, zu erfassen, wie viele aller Anträge negativ beschieden werden, sondern lediglich dafür, im Fall einer (zunächst) negativen Entscheidung potentielle Gründe und systematische Mängel aufzudecken.

Die Zwischenauswertung zeigt deutlich, dass das Ablehnungsverhalten sehr heterogen ist. Auch wenn andere Untersuchungen zeigen, dass eine hohe Anzahl von Anträgen auf Kostenerstattung abgelehnt werden, scheint es hier kein systematisches Vorgehen über Krankenkassen, Gutachter:innen und Fälle hinweg zu geben. Besonders kritisch sind dabei diejenigen Begründungen zu sehen, die die eigentliche Aufgabe des MDK – Indikation und Wirtschaftlichkeit zu prüfen – gar nicht betreffen. Hier überschreitet der MDK nicht nur seine Kompetenz, sondern macht in einem Widerspruch auf Einzelfallebene auch eine sachliche Begründung bzw. Argumentation nahezu unmöglich.

Um mit Verantwortlichen ins Gespräch zu kommen bedarf es in jedem Fall einen größeren Datensatz und eine umfassende, auch qualitative Auswertung der freien Antworten.