

Anspruch auf Psychotherapie Von Margret Stolz

Bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie ergeben sich für die Patienten, die ohnehin in einer schwierigen Situation sind und meist wenig Selbstbewusstsein haben, oft Fragen und Hindernisse. In diesem Beitrag soll der leistungsrechtliche Rahmen für die psychotherapeutische Behandlung aufgezeigt werden.

Gesetzlich Versicherte haben einen rechtlich definierten Anspruch auf Psychotherapie. Bei den privaten Krankenversicherung gibt es hier keine eindeutige Regelung. In den Tarifbedingungen der Versicherer sind häufig sowohl der Kreis der Behandler als auch der Umfang der Leistungen eingeschränkt. Meistens ist auch eine vorherige Zustimmung der Versicherung erforderlich. Eine bestehende psychische Erkrankung bei Vertragsbeginn führt bei privaten Krankenversicherungen meistens zum generellen Leistungsausschluss.

Psychotherapie wird von Krankenversicherern generell nur dann finanziert, wenn sie zur Behandlung einer psychischen Erkrankung notwendig ist. Hierzu gibt es für die gesetzliche Krankenversicherung ein Krankheitsverzeichnis, eine Liste der Diagnosen, für die eine Psychotherapie generell infrage kommt (Psychotherapierichtlinie). Private Krankenversicherungen nutzen diese Liste meistens auch. So gibt es bei diagnostizierten Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen ein Recht auf Psychotherapie, endlich auch bei Psychosen (siehe den Beitrag von Norbert Mönster und Norbert Hümbts in diesem Heft). Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen Psychotherapien, die von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass die Ärzte oder Psychologen eine Zulassung für die Behandlung gesetzlich Versicherter haben, also Vertragspartner der Krankenkassen sind, und ein gesetzlich anerkanntes Verfahren nutzen, das sind die Verhaltenstherapie, die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Zulassungen werden von den bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführten Zulassungsausschüssen erteilt. Die Krankenkassen zahlen die Behandlungshonorare nicht direkt an die Therapeuten, sondern über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Das Recht der freien Therapeutenwahl

Auch wenn jeder Versicherte das Recht der freien Therapeutenwahl unter den zugelas-

senen Psychotherapeuten hat, geschieht es immer wieder, dass jemand in zumutbarer Wartezeit (vier Wochen) keinen Therapieplatz findet. Da es einen Rechtsanspruch auf psychotherapeutische Leistungen und auch Psychotherapeuten ohne Vertragspartnerzulassung gibt, liegt der Weg nahe, die Psychotherapie privat durchführen zu lassen, in Vorleistung zu gehen und der Krankenkasse die Rechnungen zur Erstattung einzureichen. Zu dieser Vorgehensweise hat es viele Sozialgerichtsverfahren gegeben. Ergebnis war, dass der Versicherte der Krankenkasse zuerst Gelegenheit geben muss, einen Therapieplatz bei einem Vertragstherapeuten anzubieten, sonst werden keine Kosten erstattet. Hierauf haben die Krankenkassen reagiert und sind meistens in der Lage, gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigungen einen freien Therapieplatz zu organisieren. Wenn dies nicht möglich ist, sind die Krankenkassen gehalten, die Kosten für einen privat behandelnden Psychotherapeuten zu erstatten. Voraussetzung für eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse ist aber auch bei einem privaten Therapeuten, dass er die persönlichen Kriterien erfüllt, die für eine Zulassung notwendig wären, also eine staatlich anerkannte Ausbildung als Psychotherapeut, eine Approbation und eine Heilberufserlaubnis besitzt. Private Psychotherapeuten, die eines dieser Kriterien nicht erfüllen, können grundsätzlich auch dann nicht zur Behandlung gegen Kostenerstattung aufgesucht werden, wenn kein anderweitiger Therapieplatz frei ist.

Zum Vertragspsychotherapeuten besteht ein direktes Zugangsrecht, d.h. er kann vom Versicherten unmittelbar ohne ärztliche Überweisung aufgesucht werden. Um zu prüfen, ob eine psychische Erkrankung vorliegt, die einer Psychotherapie zugänglich ist, führt der Therapeut bis zu fünf (bei der Psychoanalyse bis zu acht) sogenannte probatorische Sitzungen durch. In dieser Zeit können Therapeut und Klient prüfen, ob sie ein tragfähiges Arbeitsbündnis aufbauen können und miteinander arbeiten wollen. So können Therapeuten auf Kollegen mit spezifischen Erfahrungen verweisen oder auch Klienten, die sich nicht verstanden oder respektiert fühlen, können sich einen anderen Therapeuten suchen. Mit diesem wären dann wieder probatorische Sitzungen möglich.

Die eigentliche Therapie beginnt erst nach dem Antrag bei der Krankenkasse.

Dazu muss der Psychotherapeut spätestens nach Ende der probatorischen Sitzungen einen Konsiliarbericht eines Arztes einholen, um abzuklären, ob nicht doch eine körperliche Erkrankung die Behandlungsbedürftigkeit verursacht hat. Je nach Verfahren und Schwere der Erkrankung wird dann ein Stundenkontingent von 30 Stunden (in der



Foto: bialasiewicz, clipdealer
Gesetzlich Versicherte haben einen rechtlich definierten Anspruch auf Psychotherapie.

Verhaltenstherapie) oder bis zu 300 Stunden (in der Psychoanalyse) bewilligt.

Gegenstand sozialgerichtlicher Verfahren ist gelegentlich die Fragestellung, ob die Anzahl an Therapiestunden ausgeweitet werden kann. Dies ist nach bisheriger Rechtsprechung auf medizinisch gut begründete schwerwiegende Einzelfälle beschränkt, aber nicht von vornherein ausgeschlossen. Wie bei der Erstbewilligung entscheiden die Sachbearbeiter der Krankenkasse auf der Grundlage zweier externe Gutachter, ob der Folgeantrag schlüssig und der Therapieplan stimmig ist.

Wird eine Psychotherapie abgeschlossen, kann erst nach zwei Jahren eine neue beantragt werden. Manche Psychotherapeuten schöpfen deshalb in Absprache mit ihren Klienten ihr Kontingent nicht aus, um noch ein paar Stunden für Krisen- und Notfälle in »Reserve« zu haben. ■

Margret Stolz ist Beratungspothekerin und Sozialversicherungsfachangestellte.