

Antragsverfahren für eine kassenfinanzierte  
analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
als Einzeltherapie für Erwachsene

Mit der Gesundheits-Chipkarte Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung können Sie nach Vereinbarung eines Termins ohne Formalitäten in meine Praxis kommen. Angehörige von Polizei und Feuerwehr sowie Wehr- und Zivildienstleistende kommen mit einem gültigen Krankenschein; ebenso Sozialhilfe-Empfänger/Innen. Privat Krankenversicherte bekommen wie gewohnt eine Rechnung.

Es werden zunächst diagnostische Vorgespräche, sogenannte probatorische Sitzungen geführt, die jedem Antrag auf eine Psychotherapie vorausgehen. Sie dauern jeweils 50 Minuten.

Ihre Anzahl variiert zwischen maximal 5 probatorischen Sitzungen für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und maximal 8 für eine analytische Psychotherapie. Im Verlauf dieser Vorgespräche sollte sich klären, ob und wenn ja, welches psychotherapeutische Verfahren angezeigt ist.

Nicht alle Psychotherapiemethoden sind über die Krankenkasse finanzierbar. Welche psychotherapeutischen Verfahren als Kassenleistung anerkannt sind, regeln die Psychotherapierichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Derzeit sind als Kassenleistung anerkannt:

- Analytische Psychotherapie (AT)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)  
als Kurzzeittherapie und als Langzeittherapie
- Verhaltenstherapie (VT)

Sollte in Ihrem Fall keine Psychotherapie angezeigt sein, würde ich Sie an eine psychologische Beratungsstelle weiterverweisen. Sollte eine Verhaltenstherapie für Sie das richtige sein, müssten Sie bei Ihrer Krankenkasse eine Liste der zugelassenen Verhaltenstherapeuten anfordern.

Ich biete in meiner Praxis tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie für Erwachsene als Einzeltherapie an.

Parallel zu den probatorischen Sitzungen muss ein körperlicher Befund erhoben werden. Das kann durch Ihren Hausarzt/Hausärztin geschehen oder durch eine Fachärztin/Facharzt Ihres Vertrauens. In jedem Fall müssen die Befunde in einem Formular, dem sogenannten Konsiliarbericht, schriftlich dokumentiert werden. Der besteht aus vier Ausführungen: zwei teilweise geschwärzte Versionen für Gutachter und Krankenkasse und zwei voll lesbare Versionen für den ausstellenden Arzt/Ärztin und die Therapeutin / den Therapeuten.

Sie selbst müssen ebenfalls zur Beantragung Ihrer Psychotherapie ein Formular ausfüllen.

len: den Antrag des Versicherten auf Psychotherapie. In diesem Antrag erklären Sie sich einverstanden, dass der Theapeut/die Therapeutin die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben dem (nach § 12 der Psychotherapierichtlinien bestellten) Gutachter/der Gutachterin mitteilt.

Aus den Informationen, die Sie in den probatorischen Sitzungen offen legen, muss ich als behandelnde Psychotherapeutin einen schriftlichen Bericht anfertigen, in dem die Notwendigkeit zur Psychotherapie, die Wahl des Therapieverfahrens sowie der Behandlungsplan und die Prognose begründet werden.

Alle therapie relevanten Inhalte sind nicht für die Augen der Sachbearbeiter/Innen Ihrer Krankenkasse (des Kostenträgers) bestimmt. Sie werden deshalb in einem verschlossenen roten Briefumschlag postalisch an eine Gutachterin oder einen Gutachter weitergeleitet, versehen mit Ihrer Chiffre, die aus dem ersten Buchstaben Ihres Familiennamens besteht und aus Ihrem sechststelligen Geburtsdatum. Der rote Briefumschlag enthält den Bericht der Therapeutin, den Durchschlag des Konsiliarberichts mit dem geschwärzten Feld ihrer persönlichen Daten und eventuell sogenannte ergänzende Befundberichte, zum Beispiel einen Klinikbericht über eine voraus gegangene stationäre Psychotherapie. Die Gutachterin/ der Gutachter entscheidet auf der Basis dieser Unterlagen, ob nach den Psychotherapierichtlinien die Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse (bzw. andere Kostenträger) erfüllt sind. Nur diese Entscheidung teilt sie/er der Krankenkasse mit; alle Inhalte unterliegen der Schweigepflicht. Das Gutachterverfahren dauert etwa einen Monat. Die Krankenkasse teilt Ihnen schriftlich mit, ob sie die Kosten übernimmt. Danach kann mit regelmäßigen Therapiesitzungen begonnen werden. Sie dauern wie die probatorischen Sitzungen 50 Minuten.

Handelt es sich um eine genehmigte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Kurzzeittherapie steht ein Behandlungsvolumen von 25 Sitzungen zur Verfügung. In der Regel wird in wöchentlichen Sitzungen gearbeitet. Aber auch andere Vereinbarungen sind bei der Kurzzeittherapie möglich.

Handelt es sich um eine genehmigte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Langzeittherapie, dann steht ein Behandlungsvolumen von 50 Sitzungen zur Verfügung. In der Regel wird in wöchentlichen Sitzungen gearbeitet. Vor (!) Ablauf der 50 Sitzungen kann ein Verlängerungsantrag auf weitere 30 Therapiesitzungen gestellt werden, der wiederum das Gutachterverfahren durchlaufen muss. In besonderen Fällen kann ein zweiter Verlängerungsantrag auf weitere 20 Sitzungen gestellt werden, so dass Sie für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie maximal 100 Psychotherapiesitzungen (50 plus 30 plus 20) beantragen können. Bei allen Verlängerungsanträgen ist kein erneuter Konsiliarbericht erforderlich.

Handelt es sich um eine genehmigte analytische Psychotherapie, dann stehen im ersten Beantragungsschritt in der Regel 160 (in Ausnahmefällen nur 80) Therapiesitzungen zur Verfügung. Bei der analytischen Psychotherapie wird mit zwei oder drei Sitzungen pro Woche gearbeitet. Über einen ersten Verlängerungsantrag können 80 weitere Sitzungen genehmigt werden; in einem zweiten Verlängerungsantrag (hier müssen aber besondere Bedingungen erfüllt sein) noch einmal 60 Sitzungen, so dass Sie für analytische Psychotherapie 300 Psychotherapiesitzungen (160 plus 80 plus 60) genehmigt bekommen können. Auch hier muss das Gutachterverfahren durchlaufen werden. Ihre Krankenkasse (bzw. der zuständige Kostenträger) teilt Ihnen schriftlich mit, ob die

Kosten übernommen werden. Die Anzahl der durchgeführten Sitzungen kann natürlich unterhalb des genehmigten Kontingents bleiben - je nach Behandlungsverlauf.

Sollten Sie eine Psychotherapie beginnen und das ungute Gefühl haben, dass die Zusammenarbeit nicht korrekt stattfindet, dann scheuen Sie sich nicht, das mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten anzusprechen.

Die Beantragungswege sind im Prinzip für alle gleich. Wenn Sie privat versichert sind, sollten Sie aber vor Beginn einer Psychotherapie klären, welche Kosten von Ihrer Krankenversicherung übernommen werden. Das Leistungsverhalten der privaten Krankenversicherungen liegt zum Teil unter dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen und richtet sich auch danach, welchen Tarif Sie bei Vertragsabschluss gewählt haben. Beihilfe-Berechtigte beklagen häufig einen mangelhaften Datenschutz. Es soll vorkommen, dass die Beihilfe-Stelle alle Unterlagen unverschlüsselt bekommt.

Auch für Sozialhilfeempfänger/innen gilt das Beantragungsverfahren entsprechend. Sie sollten sich aber ebenfalls bei Ihrem Kostenträger erkundigen — auch danach, wer Ihren Antrag begutachtet und ob das Antragsverfahren durch Chiffrierung geschützt ist. Sollten Sie die Absicht haben, eine Berufsunfähigkeitsversicherung abzuschließen, dann bedenken Sie, dass die Versicherungsunternehmen eine fünfjährige Wartezeit nach Abschluss einer Psychotherapie verlangen.