



„Es kann nicht sein, dass der Sozialminister alles aushebelt, was der Gesundheitsminister macht“ sagt Fapsylux-Präsidentin Delphine Prüm. Sie hält den Parcours des Patienten für nicht machbar. Foto: Shutterstock

„Spießrutenlauf für Patienten“

Kostenübernahme der Psychotherapie: Fapsylux ist entsetzt

Von Annette Welsch

Seit 2015 besteht das Psychotherapeutengesetz, das die Grundlage für die Kostenübernahme durch die CNS der Behandlung eines anerkannten Psychotherapeuten ist. Dafür braucht es aber eine Konvention zwischen der CNS und der Vereinigung der Psychotherapeuten Fapsylux. Nachdem deren Verhandlungen scheiterten und die CNS auch die Mediation nach Ablauf der dafür vorgesehenen Frist von drei Monaten für gescheitert erklärte, hat nun Sozialminister Romain Schneider (LSAP) den Entwurf einer großzügigen Verordnung vorgelegt, der die obligatorischen Dispositionen für eine Kostenübernahme regelt. Der wirft aber viele Fragen auf.

Sieben Kategorien von psychischen Krankheiten werden darin anerkannt: manisch-depressive Stimmungsstörungen; neurotische Störungen, wie Phobien und Angstzustände; Schizophrenie; Störungen durch psychotrope Substanzen; Verhaltensstörungen mit physischen Auswirkungen, wie Ess- oder Schlafstörungen; Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, wie Paranoia; Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Weitreichende Befugnisse für die CNS, schwerfälliger Ablauf

Der Parcours, den ein Patient durchlaufen muss, beginnt mit einem oder mehreren Besuchen bei einem Mediziner, der eine Psychotherapie verschreiben und dabei die diagnostizierte psychische Störung, die Zahl der Therapie-sitzungen und die Dauer der Behandlung präzisieren muss. Der Psychotherapeut kontrolliert dann bei der ersten Sitzung, die als „séance d'essai“ gilt, ob die Verschreibung ordnungsgemäß ausgefüllt ist, evaluiert den Patienten, um bestätigen zu können, dass eine zur Kostenübernahme anerkannte psychische Störung vorliegt und erstellt einen Behandlungsplan mit den Zielen und Methoden der geplanten Therapie.

Den mailt er mit der Verschreibung des Arztes an die CNS, die

die Angaben kontrolliert und innerhalb von fünf Tagen einen Behandlungstitel für eine erste Serie an Sitzungen zurückschickt – wenn sie die Behandlung denn anerkennt. In dem Titel stehen die Psychotherapieleistungen, die Zahl der Sitzungen, die Gültigkeitsfrist und die Höhe der Kostenübernahme. Braucht die CNS noch weitere Angaben, muss der Therapeut sie binnen fünf Tagen liefern. Wenn sich die Kasse nach der Begutachtung des Dossiers nicht in der Lage sieht, einen Titel auszustellen, kann der Versicherte einen Beschluss verlangen, gegen den er in Berufung gehen kann.

Der Therapeut muss dem Patienten dann eine globale Kostenschätzung mitsamt Tarifen, Höhe der Kostenübernahme durch die CNS und der Eigenbeteiligung des Versicherten liefern. Die Frequenz der Sitzungen kann er abhängig vom Gesundheitszustand des Patienten bestimmen, die Behandlung darf er aber nur in seiner Praxis vornehmen. Rechtfertigt der Hausarzt die medizinische Notwendigkeit in einer Verschreibung, darf die Therapie in Ausnahmefällen auch beim Patienten zu Hause stattfinden. Am Schluss der Behandlung erstellt der Therapeut einen Behandlungsbericht, den er an die CNS mailt. Darin evaluiert er, ob eine Therapieverlängerung notwendig ist – dann beginnt derselbe Parcours, vom Besuch beim Hausarzt angefangen, von vorne.

Das sind nur die wichtigsten Bestimmungen einer Verordnung, die bei der Fapsylux auf heftige Kritik stößt. „Wir begrüßen, dass eine ganze Reihe von psychischen Störungen nun doch übernommen wird, alle anerkannten Therapieformen auch abgerechnet werden können und der Patient sich den Therapeuten entsprechend he-

raussuchen kann“, sagt Fapsylux-Präsidentin Delphine Prüm. „Aber alles, was auf der Verschreibung des Arztes angegeben sein muss, bedeutet für uns, dass die Autonomie, die im Psychotherapeutengesetz 2015 festgelegt wurde, nicht garantiert ist: Wir haben weder die Möglichkeit, den Patienten direkt zu sehen noch können wir die Diagnose, die Therapiestunden und die Dauer der Behandlung selber bestimmen.“

„Kein Patient lässt zu, dass wir einen Bericht an die CNS schicken“

Prüm zweifelt auch daran, dass ein Arzt die Therapie festlegen kann. „Es ist für uns schon ganz schwer, nach drei, vier Sitzungen bestimmen zu können, wie viele Sitzungen gebraucht werden. Das stellt sich erst im Laufe der Therapie heraus.“ Sie hält es auch für nicht machbar, dass in der ersten „séance d'essai“ der Patient kennengelernt, die Verschreibung kontrolliert, die Diagnose bestätigt und auch noch ein Therapieplan aufgestellt werden kann. „Wir brauchen zwischen drei und fünf Sitzungen, um das zu machen. Gerade die erste Sitzung ist doch keine Spielerei, sondern besonders hart für den Patienten.“

Als ganz besonders schlimm für die Versicherten bewertet sie, dass der Behandlungsplan und der Behandlungsbericht an die CNS geschickt werden müssen: „Wie sieht es denn hier mit dem Schutz von Patientendaten aus? Kein Arzt schreibt für die CNS-Beamten einen Bericht. Arztberichte gehen höchstens an die Kontrollärzte – von Arzt zu Arzt. Kein Patient lässt doch zu, dass wir einen Therapiebericht einfach so an die CNS schicken.“

Für keine physische Erkrankung müsste man einen solchen Spießrutenlauf machen. „Der Weg zu einer Rückerstattung ist ein ganz schwerer und es ist zu befürchten, dass wir hinterher doch ein Zweiklassensystem haben: Wer nicht will, dass die CNS den Bericht liest, bezahlt selber, die anderen, die gar nicht anders können, müssen dieses ganze Trara mitmachen.“

● Die Verordnung widerspricht völlig der Idee des Gesetzes von 2015.