

Begleitinformation zum Fragebogen

(Erstellt in Zusammenarbeit des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie
und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger
für die österreichischen Krankenversicherungsträger)

Sehr geehrte Psychotherapeutin!

Sehr geehrter Psychotherapeut!

Nach den gesetzlichen Bestimmungen (u. a. §§ 120 Abs. 1 und 133 Abs. 2 ASVG) ist es der Krankenkasse des Patienten nur dann möglich, Kostenzuschüsse für Psychotherapie zu bezahlen, wenn Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne wirtschaftlich und effizient behandelt wird. Diese Überprüfung hat jedenfalls erstmals vor der 11. Psychotherapiesitzung im Behandlungsverlauf aufgrund dieses Fragebogens stattzufinden. Für die ersten zehn Sitzungen erfolgt die Überprüfung anhand der Angaben (Diagnose) der Privathonorarnote.

Die Sozialversicherungsgesetze bestimmen: „Krankheit (im sozialversicherungsrechtlichen Sinne) ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“; „die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.“

Der Patient wird in Erfüllung des Gesetzesauftrages daher gebeten, für Behandlungsverläufe, die länger als 10 Sitzungen dauern, der Krankenkasse bestimmte Informationen zur Verfügung zu stellen. Hiezu dient der beiliegende Fragebogen, der sowohl von Ihnen als auch vom Patienten zu unterschreiben ist.

Wir haben versucht, diesen Fragebogen so klar und verständlich wie möglich zu halten. Mit diesem Informationsblatt wollen wir Sie hinsichtlich noch auftretender Unklarheiten unterstützen.

Wir versichern Ihnen, dass die Daten des Fragebogens bei der Krankenkasse streng vertraulich behandelt werden.

Zur Vorderseite des Antrages

Der Fragebogen dient vor allem dazu, der Kasse zu ermöglichen, im Voraus aufgrund der Angaben des Fragebogens die grundsätzliche Gewährung des Kostenzuschusses für (maximal) 50 zukünftige (weitere) Sitzungen zuzusagen; die tatsächliche Auszahlung des Kostenzuschusses ist erst im Zusammenhang mit der Vorlage saldierter Honorarnoten möglich. Nach spätestens 50 weiteren Sitzungen ist gegebenenfalls ein neuerlicher Antrag zu stellen bzw. das vorliegende Formular „Fragebogen“ neuerlich auszufüllen. Die Krankenkasse ersucht Sie, mit zunehmender Dauer der Therapie detailliertere Angaben zu machen.

Erläuterungen zur Rückseite des Antrages

Frage 1

Das Codesystem „ICD9“ wird im gesamten österreichischen Gesundheitssystem verwendet. Deshalb benötigt die Sozialversicherung auch im gegenständlichen Bereich Informationen aufgrund des ICD 9-Codes.

Sollten Sie über keine entsprechenden Unterlagen verfügen, wird Ihnen die Krankenkasse eine verkürzte Fassung (ICD 9 290 bis 319) zur Verfügung stellen.

Frage 2

Jede der unter ICD 9 290 bis 319 angeführten Störungen (siehe Frage 1) kann Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne darstellen. Eine (seelische) Störung gilt als Krankheit, wenn mit der Störung für den Patienten eine im Ausmaß erhebliche Beeinträchtigung verbunden ist, die vom Patienten nicht aus Eigenem bewältigt werden kann. So liegt Krankheit etwa dann vor, wenn sich diese Beeinträchtigung im Umfeld des Patienten (Familie, Beruf, soziale Verbindungen) nachhaltig belastend auswirkt. Zu diesem Fragenkomplex werden Sie um kurze Stellungnahme ersucht.

Als Antwort käme beispielsweise in Betracht: „Die Störung bedeutet für den Patienten eine große Belastung, die ihn im familiären und/oder beruflichen Umfeld beeinträchtigt.“ „Hoher Leidensdruck, der sich im Arbeitsleben auswirkt.“

Frage 3

Die Frage 3 umfasst keinesfalls Inhalte der Therapie bzw. des therapeutischen Gespräches. Durch diese Frage bitten wir Sie um Ihre Einschätzung des Therapieverlaufes hinsichtlich eines der folgenden Kriterien:

1. Das Krankheitsbild hat sich gebessert.
2. Konnte stabilisiert werden.
3. Eine weitergehendere Verschlimmerung konnte hintangehalten werden.
4. Derzeit keine positive Veränderung.

Nach Ihrer Wahl bitten wir – bezogen auf die Umstände des Einzelfalles – entweder um eine kurze verbale Umschreibung oder um die Angabe, welche der standardisierten Antworten (Angabe der oben angeführten Ziffer) Ihrer Einschätzung entspricht.

Frage 4

Die Rubrik „Anmerkungen“ dient dazu, dem Krankenversicherungsträger die notwendige Information zu übermitteln, warum die vorgesehene Methode für diesen Patienten bzw. für das vorliegende Krankheitsbild besonders geeignet ist.

Frage 5

Die Sitzungsform „Einzel in 50 Minuten“ impliziert auch, dass der Gesamtkontakt mit dem Patienten 60 Minuten dauert (50 Minuten Therapie, 10 Minuten Vor- und Nacharbeit). In diesem Sinn ist eine Honorarnote, die auf 50 Minuten ausgestellt ist, einer Honorarnote, die auf 60 Minuten ausgestellt ist, gleichzuhalten.

„Doppelstunden“ (Einzeltherapie über 50 Minuten bzw. Gruppentherapie über 90 Minuten) sind zu begründen (leeres Kästchen bzw. freies Feld).

Frage 6c

Diese Frage bezieht sich auf das **Gesamtausmaß** der von Ihnen prognostizierten weiteren Sitzungen des Therapieverlaufes.

Frage 7

Diese Frage bezieht sich darauf, für wie viele weitere Sitzungen (im Rahmen des geplanten Gesamttherapieverlaufes – siehe Frage 6c) durch Übermittlung des Fragebogens ein Kostenzuschuss beantragt wird. Wie schon weiter oben angeführt, werden vom Krankenversicherungsträger in einem Vorgang maximal 50 weitere Sitzungen (vor)genehmigt. Nach 50 Sitzungen ist vom Patienten ein weiterer Antrag zu stellen bzw. ist der Fragebogen neuerlich auszufüllen.

Frage 8

Diese Frage stellt auf die Sitzungsfrequenz (z. B. einmal pro Woche) ab, die grundsätzlich ins Auge gefasst wurde. Der Sozialversicherungsträger ist sich bewusst, dass in Krisenfällen auch die Frequenz steigen kann.

Frage 9

Die Rubrik „Anmerkungen“ dient dazu, dem Krankenversicherungsträger Ihnen notwendig erscheinende Informationen zu übermitteln. Diese Angaben sollen dem Krankenversicherungsträger insbesondere dazu dienen, Kostenzuschüsse für Psychotherapie ohne (detaillierte) Prüfung zu übernehmen (z. B. Angabe: „Karzinompatient“).