



ANTRAG AUF KOSTENZUSCHUSS
wegen Inanspruchnahme
einer freiberuflich niedergelassenen Psychotherapeutin
eines freiberuflich niedergelassenen Psychotherapeuten

Erstellt in Zusammenarbeit des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie und
des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger
für die österreichischen Krankenversicherungsträger

An die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Familiennamen(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient		
		Tag Monat Jahr
Anschrift		
Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)		
		Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		

**Ich beantrage
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- die grundsätzliche Gewährung von Kostenzuschüssen für die Weiterführung der Therapie lt. umseitiger Angaben unter Vorlage von Honorarnoten.

- die Bewilligung für die Weiterführung der Therapie lt. umseitiger Angaben ohne Vorlage von Honorarnoten.

Datum und Unterschrift des Patienten

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!
Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Die Krankenkasse leistet Kostenzuschüsse für Psychotherapie, wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es obliegt den Krankenversicherungsträgern, sich davon zu überzeugen, dass diese Voraussetzungen vorliegen. Die Überprüfung hat jedenfalls erstmals vor der 11. Psychotherapiesitzung aufgrund der Angaben dieses Fragebogens stattzufinden.

Kostenzuschüsse für eine psychotherapeutische Krankenbehandlung werden ab der 11. Sitzung im Behandlungsverlauf nur dann gewährt, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme derselben aufgrund dieses Antrages die grundsätzliche Weitergewährung des Kostenzuschusses (Bewilligung) zugesagt hat. Vorgelegte Honorarnoten haben entsprechend detailliert zu sein (entsprechende Auskünfte erteilt Ihre Krankenkasse bzw. der behandelnde Psychotherapeut). Aufgrund der Angaben des Fragebogens wird es Ihrer Krankenkasse ermöglicht, die grundsätzliche Gewährung des Kostenzuschusses für (maximal) 50 weitere Sitzungen zuzusagen.

Nach diesen (maximal) 50 weiteren Sitzungen ist allenfalls ein neuerlicher Antrag zu stellen bzw. dieses Formular neuerlich auszufüllen. Auch hier gilt der Grundsatz, dass Kostenzuschüsse nur für jene weiteren Sitzungen gewährt werden, die vor der konkreten Inanspruchnahme bewilligt worden sind.

Da in der Krankenversicherung das Antragsprinzip herrscht, obliegt es dem Patienten (Versicherten), jene Informationen zu erteilen bzw. jene Nachweise beizubringen, auf die sich der Leistungsanspruch stützt. Diese Auskünfte bzw. Informationen sollen im Auftrag des Patienten vom behandelnden Psychotherapeuten mit diesem Formular erteilt werden. Das Formular soll vom behandelnden Psychotherapeuten ausgefüllt sowie vom Therapeuten und vom Patienten unterschrieben werden. Die Beantwortung dieser Fragen ist für uns wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung des Leistungsanspruches und schafft die Möglichkeit einer österreichweit einheitlichen und unkomplizierten Vorgangsweise.

Wir ersuchen Sie, das Formular so rechtzeitig auszufüllen bzw. abzuschicken, dass es spätestens 10 Tage vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Psychotherapiesitzung im Behandlungsverlauf bzw. spätestens 10 Tage vor der ersten Sitzung nach Erschöpfung der von der Krankenkasse hinsichtlich der Gewährung des Kostenzuschusses zuletzt zugesagten Sitzungsanzahl bei dieser einlangt. Wir werden Sie so rasch wie möglich darüber informieren, für welche Anzahl von Sitzungen ein Kostenzuschuss geleistet werden kann.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie bzw. Ihren Psychotherapeuten, direkt den chefarztlichen Dienst Ihrer Krankenkasse zu kontaktieren.

Wir versichern Ihnen, dass die Informationen dieses Fragebogens im Bereich des Krankenversicherungsträgers streng vertraulich behandelt werden.

Mit Dank für Ihre Mithilfe

Ihre Krankenkasse

Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!
Der Krankenversicherungsträger Ihres Patienten ersucht Sie hinsichtlich des geplanten/bisherigen Therapieverlaufes um folgende Angaben:

Vertraulich!
**Von der Psychotherapeutin/
vom Psychotherapeuten
auszufüllen!**

Behandelnde/r Psychotherapeut/in:

1. Welche Störungen werden behandelt? (ICD 9 oder ICD 10 vierstellig oder verbal eindeutige Zuordnung)

ICD . _____

2. Angaben zur Intensität der Störung zur Begründung der Behandlungsbedürftigkeit:

Kurze Stellungnahme: _____

3. Zusammenfassende Einschätzung des Krankheitsverlaufes seit Therapiebeginn (keine Therapieinhalte):¹⁾

4. Vorgesehene Methode. Allenfalls besondere Anmerkung zum Einsatz der Methoden:²⁾

Vorgesehene Methode: _____ Anmerkungen: _____

5. Vorgesehene Sitzungsform: ³⁾

Einzel 50 Min. Gruppe 90 Min. _____

6a. (Lt. Angabe des Patienten) Wie viele psychotherapeutische Sitzungen mit welcher Methode haben bisher im Rahmen einer anderen psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden?

6b. Wie viele Sitzungen haben bisher im Rahmen der gegenständlichen von Ihnen durchgeführten

psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden _____

bzw. seit wann haben Sitzungen stattgefunden und in welcher Frequenz? _____

6c. Wie viele weitere Sitzungen sind im Rahmen der gegenständlichen psychotherapeutischen

Krankenbehandlung voraussichtlich notwendig? _____

7. Für wie viele weitere Sitzungen wird ein Kostenzuschuss beantragt?

8. Welche Sitzungsfrequenz ist geplant? _____

9. Anmerkungen :

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Ich erkläre, dass die Fortsetzung der Krankenbehandlung zweckmäßig ist.

Datum und Unterschrift des/der Psychotherapeuten/in

- 1.) Nicht für Erstanträge nach 10 Sitzungen, sondern nur für Folgeanträge vorgesehen.
- 2.) Nur dann auszufüllen, wenn die Anmerkungen für den Krankenversicherungsträger eine Entscheidungshilfe bieten können.
- 3.) Zutreffendes bitte ankreuzen!

Begleitinformation zum Fragebogen

(Erstellt in Zusammenarbeit des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie
und des Dachverbandes der 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. Hierzu 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“).